Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2011-2012

Hôpital d'Amqui

Pour vous
et avec vous
depuis

50 ans

1962-2012

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

Pour vous et avec vous

Adopté par le conseil d'administration
du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia
le 27 juin 2012

TABLE DES MATIÈRES

1. Message du directeur général et du président du conseil d'administration 7

2. Déclaration de fiabilité et rapport de la direction en regard des états Financiers 11-12

3. Portrait territorial, populationnel et socio-sanitaire

3.1 Territoire desservi et caractéristiques de la population 14
3.2 Portrait socio-sanitaire de la population matapédienne
3.2.1 État de santé de la population 15
3.2.2 Déterminants de la santé 15
3.2.3 Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse 16
3.2.4 Données sur les problèmes de santé et maladies chroniques 17
3.2.5 Santé mentale et santé physique 18
3.2.6 Personnes âgées 19

4. Portrait de l'organisation

4.1 Description des missions et des installations 21
4.2 Cadre de référence organisationnel 23
4.3 Structure de l'organisation 25
4.4 Composition de l'équipe de direction 26
4.5 Portrait des ressources humaines 27
4.6 Équipe de bénévoles 28

5. Activités de l'établissement

5.1 Bilan des réalisations au 31 mars 2012 : positionnement stratégique 2010-2015 30
5.2 Tableau de bord des ententes de gestion pour l'année 2011-2012 37
5.3 Bilan annuel des faits saillants par direction
5.3.1 Direction des programmes et activités cliniques
5.3.1.1 *Personnes âgées* 51
5.3.1.2 *Famille-Enfance-Jeunesse et santé mentale* 52
5.3.1.3 *Santé physique et maladies chroniques* 52
5.3.1.4 *Sécurité civile* 53
5.3.1.5 *Déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et dépendance* 53
5.3.1.6 *Services administratifs* 53
5.3.1.7 *Services diagnostiques et de réadaptation* 53

5. Activités de l'établissement (suite)

5.3.2 Direction des services professionnels et hospitaliers 54
5.3.3 Direction des soins infirmiers et de la santé publique
5.3.3.1 Soins infirmiers 54
5.3.3.2 Prévention des infections 55
5.3.3.3 Santé publique 56
5.3.4 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel 57
5.3.5 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles 59
5.3.6 Direction de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation 59
5.3.6.1 Qualité 59
5.3.6.2 Gestion intégrée des risques 60
5.3.6.3 Optimisation 60
5.3.6.4 Sécurité civile 61

6. Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

6.1 Conseil d'administration
6.1.1 Liste des membres au 31 mars 2012 63
6.2 CECII
6.2.1 Liste des membres au 31 mars 2012 64
6.2.2 Les faits saillants issus du rapport annuel 64
6.3 CMDP
6.3.1 Liste des membres au 31 mars 2012 68
6.3.2 Les faits saillants 70
6.3.2.1 Comité exécutif du CMDP 70
6.3.2.2 Comité d'examen des titres 73
6.3.2.3 Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique 73
6.3.2.4 Comité de pharmacologie 74
6.3.2.5 Comité multidisciplinaire de traumatologie 74
6.3.2.6 Département de médecine générale 75
6.3.2.7 Département de chirurgie et d'anesthésie 76
6.3.2.8 Service d'obstétrique 77
6.3.2.9 Assemblée générale 77
6.3.2.10 Les activités d'enseignement 79
6.4 Conseil multidisciplinaire
6.4.1 Liste des membres au 31 mars 2012 81
6.4.2 Faits saillants issus du rapport annuel 81
6.5 Comité de vigilance et de la qualité
6.5.1 Liste des membres au 31 mars 2012 83
6.5.2 Faits saillants issus du rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services 84
6.5.2.1 Motifs de plaintes 86
6.5.2.2 Recommandations de la commissaire aux plaintes et à

la qualité des services 86

6. Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (suite)

6.6 Comité des usagers et comité des résidents
6.6.1 Liste des membres au 31 mars 2012 88
6.6.2 Faits saillants issus du rapport annuel 88
6.7 Comité de gestion des risques
6.7.1 Liste des membres au 31 mars 2012 91
6.7.2 Principaux risques d'incidents/accidents 91
6.7.3 Principales activités du comité gestion des risques en 2011-2012 93
6.7.4 Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique 94

7. États financiers et analyse des résultats des opérations

7.1 États des résultats du fonds d'exploitation 97
7.2 États des résultats tous les fonds 98
7.3 État des surplus (déficits) cumulés tous les fonds 99
7.4 Rapport du vérificateur externe 104

Information relative au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Ste-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Madame Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services sociaux
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8

Monsieur le Ministre,
Madame la présidente directrice générale,

Il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel du CSSS de La Matapédia pour l'exercice terminé le 31 mars 2012, conformément à l'article 278 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Au cours de la dernière année, le CSSS de La Matapédia a poursuivi ses travaux visant l'amélioration de l'accessibilité et de la sécurité des services offerts à la population tout en mettant l'emphase sur l'amélioration de la performance organisationnelle. À ce titre, des efforts importants ont été effectués pour améliorer notre performance en matière de recrutement de la main d'œuvre spécialisée afin de répondre à notre problématique de pénurie de ressources. Également, des efforts significatifs ont été déployés pour améliorer le climat de travail et la mobilisation des intervenants et partenaires dans nos objectifs organisationnels découlant des orientations du positionnement stratégique 2010-2015 du CSSS de La Matapédia. Par le fait même, nous réaffirmons que ce plan stratégique est le véhicule moteur de notre organisation et servira de référence dans l'importante démarche d'optimisation des processus administratifs et cliniques à laquelle nous sommes conviés au cours des prochains mois.

Un des faits marquants de l'exercice financier 2011-2012 aura été une importante éclosion d'ERV qui s'est échelonnée du 4 novembre 2011 au 20 mars 2012 et dont le foyer principal était situé à l'Hôpital d'Amqui. L'instauration immédiate d'une cellule de crise sous la gouverne de la direction générale ainsi que la coordination assumée par l'équipe de prévention des infections ont permis de minimiser les effets de cette éclosion sur la clientèle. Il nous apparait très important de souligner également la contribution exceptionnelle obtenue de la part de notre personnel, des médecins et des professionnels de la santé publique dans la gestion positive de cette éclosion. Devant ce contexte, nous poursuivrons pour les années à venir une surveillance constante et une grande rigueur dans le respect des consignes reliées à la prévention des infections.

Notre organisation, un chef de file en matière de santé et de services sociaux dans notre région, a été reconnue pour son expertise dans l'exercice du principe de la responsabilité populationnelle par l'IPCDC (INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES) et l'Institut national de la santé publique du Québec. En effet, notre démarche visant la mise en œuvre de l'approche *Vieillir en santé* est soutenue par ces experts. Le leadership du CSSS de La Matapédia à cet égard dépasse les frontières de la Matapédia. L'approche *Vieillir en santé* permettra à notre population d'améliorer son état de santé, d'améliorer son mieux être et de vieillir le plus longtemps possible dans son milieu de vie. Nous pouvons dire haut et fort que dans La Matapédia, le réseau intersectoriel contribue activement à nos objectifs populationnels et que la concertation et le partenariat sont des forces vives dans notre milieu.

Toujours dans le but de soutenir et renforcer notre réseautage et assurer la continuité des services, nous avons conclu plusieurs ententes avec nos partenaires régionaux, notamment dans les secteurs de la médecine interne, de la radiologie, de la dépendance, de la réadaptation et de la négligence.

D'autre part, plusieurs projets immobiliers ont connu leur conclusion en 2011-2012. Pensons principalement à la réalisation des travaux de réaménagement fonctionnel de l'unité de courte durée située au deuxième étage de l'hôpital, à la construction du point de service du CLSC de Sayabec, à la conclusion des travaux de rénovation de l'unité prothétique située à la Résidence Marie-Anne Ouellet et à des travaux généraux visant à compenser le déficit d'entretien de nos bâtiments.

Au niveau de la visibilité organisationnelle, nous avons tenu des rencontres d'information avec notre personnel, nos partenaires et avec la population. Au cours de la dernière année, nous avons obtenu une couverture médiatique soutenue par la tenue de points de presse, d'entrevues réalisées ou de parutions d'articles dans les hebdos régionaux. Nous avons constaté une augmentation des utilisateurs de notre site Web et notre présence régulière dans la vie de la communauté permet un contact privilégié entre nos représentants et la population.

Également, des efforts ont été réalisés afin de mettre en place des solutions structurantes visant à réduire les irritants découlant d'une utilisation excessive du temps supplémentaire obligatoire pour combler nos besoins de main d'œuvre en soins infirmiers. Nous apportons une attention particulière à cette situation car elle constitue un facteur de risque significatif en matière d'essoufflement de nos ressources humaines. Nous pouvons espérer une nette amélioration dans les mois à venir considérant la fin du programme de formation d'un groupe d'infirmiers et d'infirmières et leur début de travail prévu en juin 2012. Nous avons également mis beaucoup d'efforts à planifier adéquatement la relève de notre main d'œuvre afin d'assurer la présence de gens qualifiés et prêts à assurer la continuité.

Enfin, dans le volet des ressources humaines nous avons consolidé la gestion du changement résultant de la réorganisation du travail en soins de longue durée en dégageant une ressource

clinique qui avait pour mandat d'accompagner et de supporter les cliniciens et membres du personnel dans l'actualisation du changement et l'appropriation des rôles attendus.

Tel que mentionné précédemment, les résultats observés en 2011-2012 démontrent une amélioration significative en matière d'accessibilité de services. Les cibles de résultats découlant de l'entente de gestion 2011-2012 convenue avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent ont été atteintes selon les indicateurs retenus dans une proportion de plus de 90 %. Ce résultat confirme hors de tout doute notre croissance en matière d'accessibilité de services et d'amélioration de notre performance organisationnelle. Le seul point négatif en regard des cibles est l'observation d'un taux d'infections nosocomiales plus élevé que la normale et d'une détérioration de la cible reliée à l'assurance salaire. Des efforts considérables sont en cours afin de contrer cette situation.

Grâce aux efforts collectifs soutenus et à une saine gestion des fonds publics mis à notre disposition, nous avons terminé l'exercice financier en équilibre budgétaire pour une cinquième année consécutive.

Au cours du dernier exercice, il est important de mentionner les changements apportés à notre plan d'organisation. Plus spécifiquement, nous avons saisi une fenêtre d'opportunité et créé une direction de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation. De plus, pour affirmer notre volonté d'investir en promotion et prévention de la santé, nous avons modifié la direction des soins infirmiers pour y intégrer le volet de la santé publique. En matière de gouvernance, il nous apparait important de souligner les changements majeurs survenus également au sein de notre conseil d'administration. En effet, neufs nouveaux membres font partie du conseil d'administration du CSSS de La Matapédia depuis février 2012. L'arrivée de ces nouveaux administrateurs, jumelés à l'expérience des autres membres, garantissent une gouverne efficiente et efficace. De plus, une nouvelle présidente assumera la relève au sein du Conseil d'administration, il s'agit de Mme Jeanne - d'Arc Voyer qui œuvre au sein du conseil déjà depuis plusieurs années.

Pour l'exercice 2012-2013, nos travaux porteront principalement sur :

- la mise en œuvre du plan d'action de l'année 2012-2013 découlant du positionnement stratégique 2010-2015;
- la mise en œuvre d'une importante démarche d'optimisation de nos processus administratifs et cliniques selon une approche Lean;
- l'identification de marges de manœuvre financières récurrentes;
- l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des services offerts et particulièrement le contrôle des infections nosocomiales;
- une participation active aux travaux de l'Alliance des services de santé et des services sociaux; Secteur Est du Bas St-Laurent;
- les efforts de recrutement des médecins et professionnels de l'établissement;
- l'amélioration du climat de travail;

- l'efficience globale et l'augmentation du niveau de productivité;
- la planification de la démarche d'agrément 2013;
- la réalisation des activités entourant la Fête des 50 ans de l'Hôpital d'Amqui;

En terminant, nous voudrions remercier tous les intervenants impliqués dans notre organisation qui, jour après jour, s'investissent énergiquement afin d'offrir des services sécuritaires, humains et de grande qualité à notre population.

Nous vous souhaitons, Monsieur le Ministre, Madame la Présidente-directrice générale, une agréable lecture du rapport annuel de gestion 2011-2012 du CSSS de La Matapédia et vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments les plus distingués.

ROGER BLANCHETTE
Président du conseil d'administration
2011-2012

ALAIN PAQUET
Directeur général

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2011-2012 du CSSS de La Matapédia :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Alain Paquet
Directeur général

RAPPORT DE LA DIRECTION EN REGARD DES ÉTATS FINANCIERS DE L'ÉTABLISSEMENT POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

Les états financiers du CSSS de La Matapédia ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de La Matapédia reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette, bureau d'Amqui, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

ALAIN PAQUET
Directeur général

PIERRE D'ANJOU
Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles

PORTRAIT TERRITORIAL, POPULATIONNEL ET SOCIO-SANITAIRE

3. PORTRAIT TERRITORIAL, POPULATIONNEL ET SOCIO-SANITAIRE

3.1 Territoire desservi et caractéristiques de la population

Le CSSS de La Matapédia dessert toutes les clientèles qui requièrent des services de santé ou des services sociaux en provenance des dix- huit (18) municipalités qui forment le territoire de la MRC de La Matapédia. Ce territoire couvre une superficie totale de 5 375,03 km^2 et la densité d'occupation est de 3,6 habitants par kilomètre carré.

Les données provenant de *l'Institut de la statistique du Québec* indiquent pour l'année 2012 un nombre total de la population matapédienne évalué à 18 716 personnes.

Voici la répartition du nombre de personnes par groupe d'âge :

Population					
Groupe d'âge	MRC Matapédia (nombre)	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent (nombre	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
0- 9 ans	1 799	9,6	18 596	9,3	10,5
10-19 ans	2 008	10,7	19 990	9,9	11,0
20-64 ans	11 241	60,1	122 143	60,7	62,2
65-74 ans	1 975	10,5	22 376	11,1	9,1
75-84 ans	1 174	6,3	12 507	6,2	5,1
85 ans et plus	519	2,8	5 724	2,8	2,1
	18 716	100	201 336	100	100

D'ouest en est, les municipalités desservies par le CSSS de La Matapédia s'étendent de St-Damase à Routhierville. Pour ce qui est de l'axe nord-sud, les municipalités couvertes par le CSSS s'échelonnent de St-Vianney jusqu'à Lac-Humqui.

La ville d'Amqui compte plus de 6 500 habitants. Les municipalités de Causapscal et de Sayabec affichent respectivement une population de près de 2 400 et de près de 1 950 personnes, alors que trois autres municipalités, Lac-au-Saumon, St-Léon-le-Grand et Val Brillant, comprennent entre 1 000 et 1 500 habitants. Ces villes et villages s'intègrent harmonieusement au paysage rural et verdoyant qui caractérise la Vallée de La Matapédia, auxquels se greffent douze (12) petites municipalités de moins de 500 habitants, distancées d'environ dix kilomètres les unes des autres.

3.2 Portait socio-sanitaire de la population matapédienne

3.2.1 État de santé de la population

Les points saillants de l'état de santé de la population matapédienne sont décrits dans le tableau qui suit selon certaines caractéristiques :

État de santé de la population (Réseau local de service)					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Espérance de vie à la naissance (ans) 2005-2007 [1]	79,5	-	80,7	-	80,6
Personnes souffrant d'obésité (IMC >= 30,0, 18 ans et plus) [1]	2 423	15,6	22 028	13,4	14,4
Personnes ayant une incapacité (tous âges) [2]	2 490	13,4	24 555	12,8	12,7

3.2.2 Déterminants de la santé

Les déterminants de l'état de santé pour la population matapédienne se présentent comme suit :

Déterminants de l'état de santé					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Indicateurs socioéconomiques					
Taux d'emploi (15 ans et plus) [2]	7 150	45,4	89 485	53,8	60,4
Niveau de scolarité – plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans) [2]					
• Aucun certificat, diplôme ou grade	2 805	26,7	24 410	21,9	17,1
• Diplôme d'études secondaires	2 160	20,6	22 165	19,9	21,1
• Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	2 825	26,9	25 665	23,0	18,1
• Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep	1 535	14,6	19 815	17,8	17,5
• Certificat, diplôme ou grade universitaire	1 170	11,1	19 465	17,5	26,2
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2009) [3]	-	9,5	-	6,9	9,8
Revenu moyen des ménages en 2005 [2]	42 647 $	-	-	48 503 $	58 954 $

Se référer à la page 20 en ce qui concerne les notes indiquées

Déterminants de l'état de santé (suite)					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) [1]	5 389	34,7	55 727	33,9	32,8
Fumeurs réguliers et occasionnels [1]	3 510	20,9	38 620	22,1	24,4
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels) [1]	2 699	21,0	26 728	19,0	20,5

3.2.3 Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse

Les données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse pour la population matapédienne se présentent comme suit :

Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse						
Données		MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Périnatalité [5]						
Naissance de faible poids (< 2500 g)		12	6,9	94	5	5,6
Naissance prématurées (< 37 semaines)		15	8,6	129	6,9	7,6
Allaitement [6]						
Allaitement lors du séjour au service de maternité		-	84,8	-	84,2	-
Allaitement à la sortie du service de maternité		-	76,1	-	75,5	-
Jeunesse						
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans, cohorte de 2001-2002 chez les moins de 20 ans (réseau public 2008-2009) [7]		-	71,1	-	74,8	72,3
	Masculin	-	61,0		65,7	65,9
	Féminin	-	80,5		83,7	78,9
Protection de la jeunesse [8-9]						
	Signalements reçus / Total jeunes 0-17 ans	182	5,4	2 118	6,2	5,0
	Jeunes suivis à l'application des mesures/Total jeunes 0-17 ans	94	2,8	663	1,9	1,4

3.2.4 Données sur les problèmes de santé et les maladies chroniques

Les données sur les problèmes de santé et les maladies chroniques pour la population matapédienne se présentent comme suit :

Données sur les problèmes de santé et maladies chroniques					
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté annuel moyen sur 100 000 hab.) [10]					
Données	MRC Matapédia (n)	MRC Matapédia / 100 000	Bas-St-Laurent (n)	Bas-St-Laurent /100 000	Au Québec /100 000
Indice du cancer du sein (moyenne de 2004 à 2006)	15	141,0	168	146,6	133,5
Indice du cancer du poumon (moyenne de 2004 à 2006)	28	126,6	216	94,1	90,0
Indice du cancer de la prostate (moyenne de 2004 à 2006)	10	*99,7	118	111,8	124,6
Indice du cancer colorectal (moyenne de 2004 à 2006)	17	75,7	170	73,2	68,7
Maladies chroniques					
Données	MRC Matapédia (n)	MRC Matapédia %	Bas-St-Laurent (n)	Bas-St-Laurent %	Au Québec %
Prévalence des maladies cardiaques [1]	1 120	*6,7	11 880	6,8	5,1
Prévalence du diabète (20 ans ou plus) [11]	1 239	6,8	12 446	6,3	7,6
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO [1]	780	*4,7	6 010	3,5	3,3

*Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

3.2.5 Santé mentale et santé physique

Les données relatives à la santé mentale et à la santé physique se présentent comme suit :

Données sur la santé mentale et la santé physique					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent	Province Québec
Santé mentale					
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général [2]	-	94,9 %	-	94,4 %	92,9 %
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : troubles mentaux **(sur 100 000 hab.)** [11]		757,3	-	656,5	524
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : suicide **(sur 100 000 hab.)** [11]	-	*66,7	-	65,4	44,9
Santé physique					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia %	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent %	Province Québec %
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (2010-2011) [13]	20 562	1,1	167 070	0,8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, toutes causes [12]	-	13,5	-	10,2	9,5
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 31/03/12) [14]	1	-	38	-	-
Personnes en attente d'hébergement en RI (au 31/03/12) [14]	5	-	81	-	-
Personnes en attente d'hébergement en RTF (au 31/03/12) [14]	0	-	0	-	-

*Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

3.2.6 Personnes âgées

Les données relatives aux personnes âgées dans la MRC de La Matapédia se présentent comme suit :

Données sur les personnes âgées					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Personnes de 65 ans et plus					
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) [15]	2 524	71	22 951	58,6	44,6
Personnes ayant bénéficié du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) [4]	428	11,7	4 425	10,9	-
Personnes de 75 ans et plus					
Personnes vivant en ménages privés [2]	1 255	76,5	12 315	73,3	82,8
Mortalité prématurée chez les moins de 75 ans [16]					
Tumeurs (moyenne pour 2005 à 2007)	26	38,2	288	44,5	44,3
Appareil circulatoire (moyenne pour 2005 à 2007)	14	20,6	126	19,5	20,1
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2005 à 2007)	9	13,2	43	6,6	5,7

[1] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)

[2] Statistique Canada, Recensement de 2006

[3] Institut de la statistique du Québec

[4] Rapports d'activité des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-St-Laurent, 2009-2010

[5] MSSS, Fichier des naissances 2008 (2006-2008 : indice synt. de fécondité)

[6] ASSS-Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité 2010-2011

[7] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par MRC de 2008-2009

[8] Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2010-2011

[9] Association des Centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2010-2011

[10] MSSS, Fichier des tumeurs, 2004 à 2006

[11] Institut national de santé publique du Québec, données 2008-2009

[12] MSSS, Fichier Med-Echo, 2009-2010

[13] Rapport statistique AS-478, 2010-2011

[14] Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion" (IMAGES)

[15] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2011

[16] MSSS, Fichier des décès, 2005-2007

4. PORTRAIT DE L'ORGANISATION

4.1 Description des missions et des installations

Le CSSS de La Matapédia regroupe les missions CLSC, CHSLD et CHSGS. Voici une brève description de ces trois missions légales, ainsi que des installations où s'actualisent ces missions.

- **Une mission de première ligne**

Par le biais des services offerts en CLSC, le CSSS offre en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

En exploitant un CLSC, le CSSS s'assure que les personnes qui requièrent de tels services, pour elles-mêmes ou pour leurs familles, soient rejointes, que leurs besoins soient évalués, que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail, ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Le CSSS de La Matapédia offre ses services de première ligne sur tout le territoire de La Matapédia où se déploient trois points de service, à Amqui, Causapscal et Sayabec, ainsi qu'un point de chute à St-Moïse.

- **Une mission d'hébergement et de soins de longue durée**

En dispensant des services d'hébergement et de soins de longue durée à la Résidence Marie-Anne Ouellet (RMAO) de Lac-au-Saumon, le CSSS de La Matapédia s'acquitte de cette mission légale en offrant de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

La RMAO comprend 96 places, majoritairement vouées à l'hébergement permanent. Des lits sont également réservés pour l'hébergement de transition, l'hébergement temporaire et des soins de fin de vie. Des places en réadaptation fonctionnelle sont également disponibles.

Par ailleurs, Le CSSS de La Matapédia compte sur son territoire quatre (4) ressources intermédiaires qui totalisent cinquante-six (56) places, toutes vouées à l'hébergement de personnes âgées.

- **Une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

Le CSSS de La Matapédia remplit cette mission qui lui est dévolue en dispensant des services hospitaliers à l'Hôpital d'Amqui. On y compte 49 lits au permis, dont 40 lits de courte durée sont dressés et répartis de la façon suivante :

Médecine	22 lits
Chirurgie	3 lits
Obstétrique	3 lits
Gériatrie active	7 lits
Pédiatrie	1 lit
Soins palliatifs	1 lit
Soins intensifs	3 lits

L'Hôpital d'Amqui offre des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés aux personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que les besoins de ces personnes sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

4.2 Cadre de référence organisationnel

Pour favoriser l'intégration de ses missions, le CSSS de La Matapédia s'est doté d'un cadre de référence organisationnel qui définit entre autres la philosophie de gestion de l'organisation. Celle-ci est centrée sur l'importance d'offrir un service de qualité et sécuritaire à la clientèle en fonction de ses besoins, des ressources disponibles et des meilleures pratiques cliniques où l'ensemble des intervenants œuvrent solidairement dans un environnement sain et stimulant. Chacun est entièrement responsable et imputable. Dans notre organisation, l'innovation et la créativité sont encouragées et se veulent un levier au développement des compétences distinctives organisationnelles.

Cette philosophie de gestion va de pair avec la définition des valeurs dominantes du CSSS de La Matapédia, telles qu'énoncées dans le code d'éthique de l'organisation qui a été adopté en mars 2009 par le conseil d'administration. Ces valeurs sont :

LE RESPECT

Nous définissons cette valeur comme un ensemble d'attitudes qui traduisent une volonté réelle de respecter les choix de vie et les valeurs d'une personne et de l'accompagner dans son expérience unique. Le respect se manifeste par l'acceptation de la personne dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte de son environnement familial et social. Notre adhésion à la valeur fondamentale qu'est le respect va de pair avec une profonde conviction selon laquelle la personne est libre de ses choix et reste le premier maître d'œuvre de son existence.

LA COMPÉTENCE

L'intervenant fait preuve de compétence quand il comprend parfaitement le rôle qu'il doit jouer à l'intérieur de l'établissement et qu'il perçoit clairement les limites associées à ce rôle, de même que les règles qui régissent son champ d'intervention. Une conduite basée sur la compétence signifie que l'on se comporte avec professionnalisme en tout temps et en tout lieu.

L'intervenant compétent agit pour le bénéfice de la clientèle en cherchant à actualiser ses connaissances professionnelles et en visant l'excellence dans les actions et les gestes qu'il pose. Se percevant comme un maillon important de la chaîne de services offerts aux usagers et aux résidents, l'intervenant travaille avec compétence tout en reconnaissant la contribution des autres à cette chaîne de services.

LA QUALITÉ

Faire la bonne intervention au bon moment, pour la bonne personne et par la bonne personne, telle est notre définition d'un service de qualité. Selon cette conception, l'usager ou le résident est partie prenante des soins, des traitements et des services qu'il reçoit. L'implication du résident est essentielle à la prestation d'un service de qualité. C'est pourquoi nous considérons que la responsabilisation et la collaboration des usagers et des résidents sont des valeurs complémentaires à la qualité.

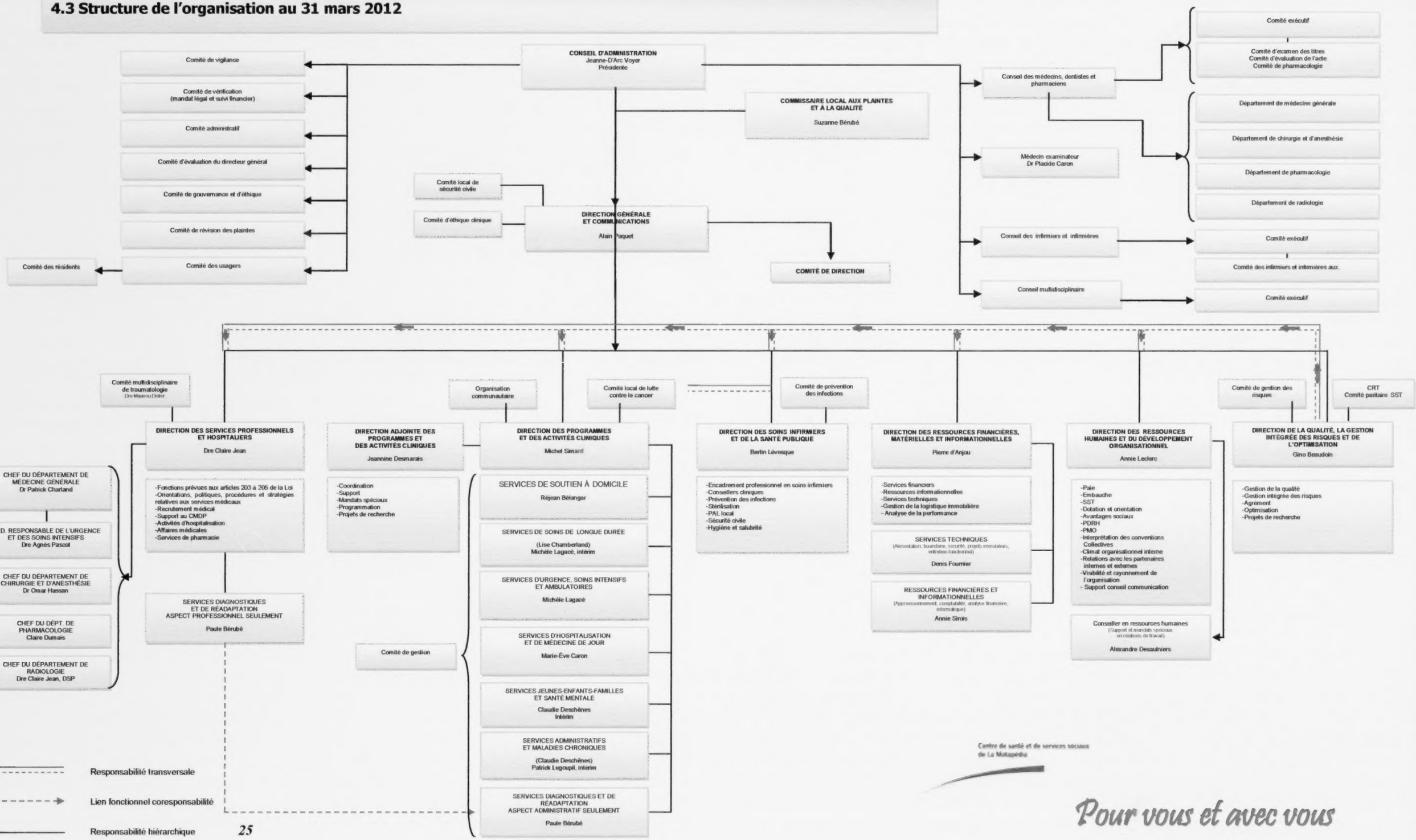
L'ENTRAIDE

Le partenariat avec la communauté se situe au cœur de notre pratique. Dans une volonté commune d'échanger des savoirs et des expertises au bénéfice de la population matapédienne, les intervenants des milieux institutionnels et communautaires interagissent pour promouvoir l'implication active de la population, le bénévolat et le soutien aux organismes d'entraide.

Les principes organisationnels en lien avec notre philosophie de gestion et nos valeurs sont les suivants :

- Une approche globale préventive et communautaire à la base de toutes nos interventions :
  - identifier les besoins de la personne;
  - évaluer son potentiel à assumer ses responsabilités;
  - l'amener à trouver des solutions à son problème;
  - l'aider à identifier les personnes significatives de son milieu;
  - rendre le service requis par son état;
  - l'orienter et l'accompagner vers les bonnes ressources;
- Une accessibilité aux soins et services de proximité, des plus légers aux plus lourds, répondant aux besoins, offerts par la bonne personne, au bon moment, au meilleur endroit et au moindre coût, de grande qualité, le tout en fonction de la masse critique et des ressources disponibles;
- Un engagement à la collaboration intersectorielle et une fluidité dans les soins et services offerts :
  - un continuum de soins et services concertés et réseautés intra et hors MRC;
- Une gestion participative, décentralisée, responsable et imputable :
  - des décisions prises le plus près possible de la personne en besoin d'aide;
- Une approche par programme comme moyen de mettre en place un réseau intégré de soins et de services :
  - une gestion par programme via une organisation structurée selon les types de clientèle plutôt que sur des fonctions de production et une coordination, une intégration et une gestion des services en fonction des besoins de la clientèle;
- Une coresponsabilité clinique et administrative en regard de la responsabilité populationnelle;
- Une préoccupation constante de l'importance du capital humain de notre organisation :
  - maintenir une cohérence entre le discours et l'action;
  - assurer le développement adéquat des compétences de notre personnel;
  - assurer la relève qualifiée de notre main d'œuvre;
  - tendre vers le concept *employeur de choix.*

4.3 Structure de l'organisation au 31 mars 2012



4.4 Composition de l'équipe de direction

Au 31 mars 2012, la composition de l'équipe de direction était la suivante :

Direction générale	
Paquet, Alain	Directeur général et responsable des communications
Cadres supérieurs	
Beaudoin, Gino	Directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
D'Anjou, Pierre	Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles
Desmarais, Jeannine	Directrice adjointe des programmes et activités cliniques
Jean, Dre Claire	Directrice des services professionnels
Leclerc, Annie	Directrice des ressources humaines et du développement organisationnel
Lévesque, Bertin	Directeur des soins infirmiers et de la santé publique
Simard, Michel	Directeur des programmes et activités cliniques
Cadres intermédiaires	
Bélanger, Réjean	Chef des services de soutien à domicile
Bérubé, Paule	Chef des services diagnostiques et de réadaptation
Caron, Marie-Ève	Chef des services d'hospitalisation et de médecine de jour
Chamberland, Lise	Chef des services de soins de longue durée
Deschenes, Claudie	Chef intérimaire des services jeunesse-enfance-famille et santé mentale
Legoupil, Patrick	Chef intérimaire des services administratifs et des maladies chroniques
Fournier, Denis	Chef des services techniques
Lagacé, Michèle	Chef des services d'urgence, soins intensifs et ambulatoires
Sirois, Annie	Chef des ressources financières et informationnelles

4.5 Portrait des ressources humaines

En date du 31 mars 2012, notre plan d'effectifs était réparti comme suit :

Personnel cadre	
2011-2012	16
2010-2011	16
Personnel régulier	
2011-2012	229
2010-2011	214
Personnel non-détenteur de poste	
2011-2012	57
2010-2011	60
Personnel à temps partiel	
2011-2012	194
2010-2011	196

4.6 Équipe de bénévoles

Le CSSS de La Matapédia est fier de compter sur une équipe de bénévoles dévoués, principalement assignée à l'accompagnement des personnes âgées.

Les bénévoles du CSSS sont répartis comme suit dans trois principaux secteurs :

Secteur d'intervention	Nombre de bénévoles
Service externe de gériatrie ambulatoire (SEGA)	14
Soins de longue durée	13
Pastorale (hôpital et RMAO)	25
Autres services	7

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1 Bilan des réalisations au 31 mars 2012 : Positionnement stratégique 2010-2015

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SUIVIS ET COMMENTAIRES
Enjeu 1 Survie de notre organisation et maintien d'un panier de service adapté aux besoins évolutifs de la population	Orientation #1 Mettre en place une stratégie organisationnelle permettant le maintien d'un panier de services adapté aux besoins évolutifs de notre population	1.1 Effectuer une lecture détaillée des besoins de santé et de services sociaux de notre population	**Réalisé**
		1.2 Rapatrier le maximum de services de santé et de services sociaux à être rendus sur place au CSSS de La Matapédia	**Réalisé** : • Thermo coagulation • installation de porth a cart (oncologie)
		1.3 Poursuivre le développement d'une culture de qualité et de sécurité dans la prestation de services	**En cours de réalisation**
		1.4 Assurer un niveau de performance optimale dans la prestation de services	**En cours de réalisation**
		1.5 Élaborer des ententes de services et des protocoles cliniques avec le CSSS Rimouski-Neigette	**Réalisé** : • Entente RFI – médecine interne • Entente radiologie avec CSSSRN
Enjeu 2 L'attraction, la rétention, le développement et la contribution optimale du capital humain	Orientation #2 Mettre en place les conditions nécessaires pour assurer une disponibilité d'une main d'œuvre qualifié permettant d'assurer la pérennité de nos services	2.1 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main d'oeuvre local afin d'obtenir un portrait réaliste de nos besoins	**En cours de réalisation**
		2.2 Revoir nos stratégies de recrutement en impliquant davantage les professionnels dans le processus	**Mise en place d'un comité de recrutement élargi** • Stages spécialisés • Salon de l'emploi • Site WEB – Facebook
		2.3 Favoriser l'implication des partenaires intersectoriels locaux dans le processus d'attraction et de rétention du capital humain	**Réalisée entente avec le CMEC** • Soins infirmiers • TRP
		2.4 Favoriser le réseautage avec les CSSS de la région en matière de recrutement	**En cours de réalisation** • Alliance de l'Est
	Orientation #3 Offrir des conditions de travail et de pratiques attrayantes et valorisantes	2.5 Mettre en place des conditions de travail améliorant la conciliation travail-famille	**En cours de réalisation**
		2.6 Instaurer un programme de mentorat pour le personnel ayant peu d'expérience	**En cours de réalisation**
		2.7 Favoriser la mise en œuvre de mesures améliorant le climat de travail et la qualité de vie au travail en s'appuyant sur des modèles tels «Employeur de choix» ou autres	**Démarche en cours**
		2.8 Mettre à la disposition du personnel des locaux et des lieux de travail adéquats et ergonomiques	Plan directeur des locaux **réalisé** – **Actualisation en continu**
		2.9 Mettre en place un programme d'accueil des nouveaux employés	- Programme d'accueil en place - Journée d'accueil en novembre 2011

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SUIVIS ET COMMENTAIRES
		2.10 Mettre en place les mécanismes nécessaires afin de diminuer le temps supplémentaire obligatoire	Focus Group – négociation locale
		2.11 Assurer et garantir un plan de développement des compétences adapté aux besoins du professionnel	A venir
	Orientation #4 Soutenir l'innovation et le développement des compétences	2.12 Poursuivre la révision des processus de travail en s'appuyant sur l'utilisation optimale des compétences du personnel à l'intérieur d'une approche partiaire	**CHSLD complété** Projet LEAN réalisé en courte durée Création de la fonction de Directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
		2.13 Favoriser l'utilisation des technologies en appui au processus de travail révisé	Plan directeur des systèmes d'information **non réalisé**
		2.14 Créer des alliances avec les partenaires intersectoriels et sectoriels permettant d'optimiser le développement des compétences	**En cours de réalisation**
Enjeu 3 L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée	Orientation #5 Rendre disponible une offre de service adaptée au besoin d'une population vieillissante et fragilisée	3.1 Procéder à une mise à niveau du projet clinique PPALV	**Projet clinique révisé** Collaboration MRC (approche MADA – Mouvement ami des aînés)
		3.2 Effectuer une évaluation des services offerts à domicile et mettre en place les correctifs requis le cas échéant	**Travaux en cours** Boursier FORCES Support de l'Institut national de santé publique (INSPQ) et de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) Travaux d'optimisation des soins à domicile en cours de réalisation
		3.3 Identifier et documenter les besoins actuels et futurs en matière de santé et de services sociaux d'une population vieillissante et fragilisée dans notre territoire	**Analyse des besoins complétée** FORCES – conclusion des travaux attendue en 2012-2013
	Orientation #6 Assurer l'accessibilité et la qualité des services de base à notre population	3.4 Mettre en place avec les partenaires intersectoriels un système de transport collectif facilitant l'accès aux services de santé et de services sociaux pour la clientèle vieillissante et ambulatoire selon un horaire flexible	**Contact fait avec la MRC**
		3.5 Poursuivre le développement des services de proximité de base dans les secteurs Ouest et Est du territoire	**En cours de réalisation. Embauche d'une IPS qui entrera en fonction en août 2012**
	Orientation #7 Développer une approche gériatrique en milieu hospitalier et en soutien à domicile	3.6 Mettre en place une approche gériatrique en milieu hospitalier à l'intérieur d'une approche clinique interdisciplinaire	Début du projet – hiver 2012 en courte durée Urgence et soins intensifs – automne 2012
		3.7 Assurer le repérage et le suivi de la clientèle en perte d'autonomie à l'intérieur du continuum de services	**En continu**

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS		SUIVIS ET COMMENTAIRES
		3.8	Mettre en place une approche gériatrique en soutien à domicile	**À venir**
		3.9	Assurer l'acquisition des compétences cliniques requises aux professionnels concernés	**À venir**
	Orientation #8 Développer une stratégie de communication adaptée à une population vieillissante et fragilisée	3.10	Adapter le plan de communication et les éléments s'y rapportant en fonction d'une population vieillissante et fragilisée et mettre en place des moyens efficaces de communication	**À venir**
Enjeu 4 L'action préventive sur les déterminants locaux de la santé et du bien-être	Orientation #9 Consolider et soutenir l'action préventive sur les déterminants locaux de la santé et du bien-être	4.1	Mettre à jour le plan d'action local (PAL) de la santé publique en conformité avec le plan d'action régional (PAR)	**Travaux en cours** Responsabilité Directeur des soins infirmiers et de la santé publique
		4.2	En partenariat avec les partenaires intersectoriels, développer et mettre en place des actions de continuité des services visant à lutter contre la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale des jeunes	Relance à effectuer auprès du scolaire Bonne collaboration du monde municipal et communautaire Programme Allgo au primaire
		4.3	Avec le milieu scolaire et municipal, mettre en place les mesures nécessaires visant à acquérir de saines habitudes de vie et un engagement à la saine alimentation chez la population jeune et adulte	**À venir en lien avec le plan d'action local** Infirmière scolaire en prévention / promotion ITSS
		4.4	Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives concernant les ITSS	**En cours de réalisation**
Enjeu 5 Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés	Orientation #10 Améliorer l'accès aux services médicaux de 1ère ligne	5.1	Assurer la prise en charge des clientèles orphelines aux médecins de famille en priorisant la clientèle vulnérable	**Réalisé** À assumer en tout temps. Mise en place du système SIGACO.
		5.2	Favoriser l'intégration des professionnels autre que les médecins et les infirmières dans les GMF	Équipe maladies chroniques (nutritionniste, kinésiologue, infirmière)
		5.3	Maintenir les efforts de recrutement et de rétention des omnipraticiens	25 médecins sur 26 au 31 mars 2012 Départs confirmés de 4 pour 2012-2013
		5.4	Poursuivre les efforts de recrutement de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de 1ère ligne	Une embauche. Début août 2012
		5.5	Évaluer la possibilité d'augmenter les cliniques sans rendez-vous au GMF en heures défavorables	**Discussion en cours**
	Orientation #11 Améliorer les liens de communication inter RLS-CSSS-GMF	5.6	Mettre en place un intranet facilitant l'accès à l'information de gestion et clinique entre les intervenants	Échéancier été 2012
		5.7	Intégrer les postes d'infirmière pivot en maladies chroniques en GMF (diabète et MPOC)	**Réalisé**
		5.8	Mettre en place les cheminements cliniques de la clientèle selon des modèles (chronic care model)	**À venir**
	Orientation #12 Consolider l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychologiques	5.9	Évaluer la pertinence de mettre en place un service téléphonique 24 heures / 7 jours semaine principalement pour ce type de clientèle	**Pas de besoin pour l'instant selon les données d'info-social**

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS		SUIVIS ET COMMENTAIRES
	Orientation #13 Assurer la continuité des services dispensés à la clientèle atteinte de maladies chroniques ou de cancer	5.10	Mettre en place un suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques	**En attente des travaux régionaux**
		5.11	Consolider et soutenir l'équipe locale interdisciplinaire en oncologie	**Réalisé – support continu**
		5.12	Formaliser et structurer la mise en place des normes de fonctionnement en regard de la clientèle atteinte de maladies chroniques et l'intégration des infirmières cliniciennes au GMF	**Réalisé**
		5.13	Intégrer des pratiques cliniques préventives au continuum de soins et services	**À venir** en lien avec le plan d'action local
	Orientation #14 Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté	5.14	Poursuivre l'actualisation du programme En-train visant à contrer la négligence chez les jeunes	Résultats significatifs observés à l'an 1 **2e cohorte en cours de réalisation**
	Orientation #15 Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance	5.15	Mettre à niveau le projet clinique santé mentale	**Réalisé**
		5.16	Mettre en place une équipe interdisciplinaire concertée offrant des services de santé mentale de 1ère ligne	**Réalisé**
		5.17	Assurer la diffusion de l'offre de service auprès de la clientèle	**En cours de réalisation**
		5.18	Déterminer les mécanismes et la trajectoire des services requis pour assurer une offre de service continue en matière de santé mentale – 1ère ligne et 2e ligne	**Document de référence réalisé** Entente réalisée avec le Centre de réadaptation l'Estran
		5.19	Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves (SIV-SIM)	Services en place - promotion à faire
		5.20	Intégrer des pratiques cliniques préventives au continuum de soins et de services	**À venir** en lien avec le plan d'action local
		5.21	Poursuivre la mise en place du réseau de services intégrés pour la clientèle jeune et adulte présentant des problèmes de santé mentale	En cours
	Orientation #16 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	5.22	Poursuivre la mise en place du réseau de services pour la clientèle PPALV dans notre territoire	**74 %** atteint en 2012
		5.23	Assurer la pérennité de l'offre de service	**Partiellement ou totalement réalisé**
			-Nombre de clients avec profil perte d'autonomie lourde demeurant à domicile (200 personnes)	188 personnes
			-Pourcentage de clients en soins de longue durée occupant des lits de courte durée (0%)	**0%**
			-Nombre de clients hébergés en SLD	**90** résidents
			-Nombre de clients utilisant les services du centre de jour spécialisé (augmentation de 15%)	**Atteint**
			-Nombre de centre de jour communautaire présent sur le territoire	**Réalisé : 3 centres de jour communautaires** Est : **réalisé** Sud : **réalisé**
		5.24	Supporter le développement de milieux de vie communautaires adaptés à la clientèle ayant des besoins spécifiques	**Travaux en cours**
		5.25	Collaborer et soutenir la mise en place de mesures intersectorielles supportant les proches aidants	

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS		SUIVIS ET COMMENTAIRES
	Orientation #17 Consolider et développer l'organisation des services spécialisés de base en milieu hospitalier	5.26	Revoir l'offre de service en obstétrique **-Mise en place d'une offre de service pré-per post** **-Nombre d'accouchements** **-Nombre de nouveaux services disponibles** **-Obtention de l'initiation ami des bébés** **-Nombre de naissances de bébés de faible poids**	Partiellement réalisé Augmentation observée **Dossier non réalisé** Pré-accréditation prévue en octobre 2012 En diminution
		5.27	Revoir l'offre de service en chirurgie **-Nombre de chirurgies hospitalisées et d'un jour** **-Pourcentage du bassin de desserte** **-Nombre de nouveaux services offerts en chirurgie d'un jour** **-Nombre de cas endoscopiques réalisés**	Stabilité observée **5% d'augmentation** Thermo coagulation en novembre 2011 Réduction de la liste d'attente en cours
		5.28	Déposer notre candidature dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal	**Positionnement interne à réaffirmer**
	Orientation #15 Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie	5.29	Poursuivre l'actualisation du programme de lutte contre le cancer en fonction des orientations ministérielles	En lien avec les orientations ministérielles
		5.30	Former une équipe interdisciplinaire offrant des services de soins palliatifs de fin de vie à domicile, au CH et en CHSLD	**Programme complété** Équipe formée Travail à consolider
		5.31	Aménager l'environnement physique des lits dédiés aux soins palliatifs de fin de vie dans notre établissement	Réalisé
		5.32	Offrir de la formation aux intervenants en fonction des besoins exprimés	Continu
Enjeu 6 Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional	Orientation #19 Assurer l'atteinte de notre plan d'effectifs	6.1	Poursuivre les efforts de recrutement en omnipratique pour atteinte le PEM	Efforts à renforcer pour 2012-2013
		6.2	Poursuivre les efforts de recrutement en spécialités de base pour atteindre notre plan autorisé	**100%** en chirurgie **50%** en anesthésiologie **100%** en médecine interne (RFI) **0%** en radiologie
	Orientation #20 Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques	6.3	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services requis à l'intérieur d'un délai de 28 jours tant au niveau local que régional **-Pourcentage de personnes traitées en chimiothérapie à l'intérieur d'un délai de 28 jours au CSSS** **-Pourcentage de personnes traitées en chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 28 jours**	**Réalisé** **Réalisé**
		6.4	Diminuer le temps d'attente de la clientèle à l'urgence et maintenir notre performance en regard des patients sur civière	Temps moyen : **3,5** heures d'attente Urgence jugée performante par le MSSS
		6.5	Poursuivre la gestion des mécanismes d'accès selon les standards reconnus	**Aucun hors délai**
	Orientation #21 Assurer l'accès de base et aux services de	6.6	Assurer l'accès aux services selon les standards cliniques reconnus incluant ceux des plans d'accès en déficience	**Atteint** et à maintenir

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SUIVIS ET COMMENTAIRES
	réadaptation pour les personnes ayant une déficience	6.7 Départager les zones de responsabilité avec les CR en regard des services de 1re et de 2e ligne	Ententes signées avec le CRDP, CRDITED et ESTRAN
	Orientation #22 Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à notre clientèle	6.8 Préciser les corridors de services requis avec les CSSS de 2e et 3e ligne	**En cours de réalisation**
		6.9 Convenir des ententes requises avec les établissements concernés	**En cours de réalisation**
		6.10 Rendre disponible sous forme informatique les renseignements cliniques pertinents requis pour la dispensation des soins et services en provenance du CSSS RN	Information clinique (laboratoire et radiologie) disponible pour les médecins en omnipratique
	Orientation #23 Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale	6.11 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2e et de 3e ligne à l'intérieur de 60 jours	Guichet d'accès en place
		6.12 Convenir avec le CSSS Rimouski-Neigette d'un protocole clinique permettant d'assumer les services spécialisés requis à cette clientèle et d'identifier un psychiatre répondant pour soutenir nos intervenants cliniques	**En cours de réalisation**
Enjeu 7 La qualité, la sécurité et l'efficience des services	Orientation #24 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	7.1 Maintenir en deçà des résultats établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale	**Importante éclosion d'ERV observée en 2011-2012. Situation sous contrôle et éclosion terminée au 31 mars 2012.**
		7.2 Définir les indicateurs de mesure de la qualité dans notre établissement	**À faire en 2011-2012**
		7.3 Renforcer notre gouvernance clinique et mettre en place les mécanismes de support requis à la prestation des services de qualité	**En cours de réalisation**
		7.4 Définir le cadre de référence de la qualité au CSSS de La Matapédia	**Cadre de référence complété**
	Orientation #25 Soutenir l'implantation des standards cliniques, le transfert de connaissance et l'innovation	7.5 Mettre en place les meilleures pratiques cliniques et administratives basées sur des informations probantes dans l'ensemble de nos programmes et services	**En cours** Conscientisation plus grande observée
		7.6 Inscrire un gestionnaire au programme de formation FORCES	**Réalisé – Michel Simard**
		7.7 Obtenir la reconnaissance d'un créneau d'excellence en hébergement institutionnel pour le CSSS de La Matapédia **-Alliance à convenir avec un centre universitaire gériatrique spécialisé** **-Nombre de pratiques cliniques novatrices mises de l'avant** **-Nombre de modifications architecturales réalisées et adaptées à une approche milieu de vie** **-Nombre de formations spécialisées offertes aux intervenants**	 **En cours de réalisation** **En cours de réalisation** **Réalisé** **En cours de réalisation**
		7.8 Promouvoir et encourager l'innovation auprès des intervenants oeuvrant au CSSS de La Matapédia	Mécanismes non identifiés Non actualisé
		7.9 Identifier un ou des projets novateurs d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'offrir localement un nouveau service sur place	Thermachoice (thermocoagulation) – 2011 Autre projet à venir : échographie cardiaque

ENJEUX	ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SUIVIS ET COMMENTAIRES
Enjeu 8 Une gouvernance clinico-administrative imputable et décentralisée	Orientation #26 Assurer une prise de décision clinique le plus près possible de l'action	8.1 Instaurer les mécanismes de gestion clinico-administratifs nécessaires permettant un partage des pouvoirs entre les intervenants cliniques et les gestionnaires	Révision du plan d'organisation **réalisée** en **octobre 2011** Co-gestion clinique et administrative **à consolider**
		8.2 Revoir les processus décisionnels et les adapter à ce nouveau concept	**Partiellement réalisé**
		8.3 Mettre à jour les mécanismes d'information internes et externes permettant une bonne compréhension des enjeux et des orientations	Rencontre régulière avec l'ensemble du personnel (2) Rencontre stratégique par service
		8.4 Mettre en place les processus d'évaluation requis afin d'effectuer une rétroaction auprès des intervenants concernés	**Partiellement réalisé**
		8.5 Impliquer les partenaires syndicaux dans la gestion des changements	Stratégie – approche paritaire USLD, services alimentaires, Alliance, etc.
	Orientation #27 Maintenir la plus grande cohérence possible dans l'exercice des pouvoirs dévolus au conseil d'administration	8.6 Mettre en place un guide de formation à l'intention des administrateurs	**Guide réalisé en 2010-2011**
		8.7 Faire part aux instances concernées des incohérences observées en matière de gouvernance	**En continu**
		8.8 Assurer une meilleure participation possible de la population aux activités du conseil d'administration	3 rencontres tenues avec la population EST-Centre-OUEST en 2011 et assemblée publique tenue en février 2012

5.2 Tableau de bord des ententes de gestion pour l'année 2011-2012 (T-BIG disponible sur le site du MSSS)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Rés. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	13	100,0	80,0	125,0	80,0	125,0
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,20	ND	NA		
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,66	ND	NA		
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,12	ND	NA		
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,05	ND	NA		
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	0,0	65,0	0,0	Aug	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	13	90,4	75,0	120,5	75,0	120,5
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	70,9	75,0	94,5	75,0	94,5
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	13	70,7	75,0	94,2	75,0	94,2

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Note : Nous observons une atteinte des cibles à plus de 95 % à l'exception de l'indicateur 1.01.13-EG2. Nos professionnels de la santé et des services sociaux interviennent régulièrement auprès de la clientèle scolaire. Les dirigeants du domaine scolaire sont partagés quant à leur niveau d'adhésion face à l'approche École en santé. Des actions spécifiques seront réalisées avec la haute direction de la Commission scolaire Monts et Marées pour clarifier les attentes et situer les résultats attendus.

1.1 Santé publique- Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100,00	ND	NA		
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	220	253	86,9	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	5,00	4,62	108,2	ND	NA

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Nous observons un niveau d'atteinte des cibles à plus de 97 %.

1.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.03-EG1 Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	13	3,622	3,000	120,7	3,000	120,7
1.03.04-EG1 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	13	0,329	0,230	143,0	0,230	143,0
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	28984	ND	NA		
1.03.05.02-CO Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	13	791	ND	NA		
1.03.09-PS Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	13	100,0	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Indicateur 1.3.5.1 : Le nombre d'heures CES est comptabilisé à partir de la période 9 de l'année financière 2009-2010, l'information n'est pas disponible pour les périodes antérieures.

Note : Nous observons un niveau d'atteinte supérieur aux attentes.

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	92	92	100,0	26	123,0
1.41.04.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	232	ND	NA		
1.42.04.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	9,6	ND	NA		
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	92,3	90,0	102,5	90,0	102,5
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	91,7	90,0	101,8	90,0	101,8
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	80,0	ND	NA		
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	78,6	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ▪ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

ote : Nous observons un niveau d'atteinte supérieur aux attentes.

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	30	32	93,7	25	120,0
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	41	ND	NA		
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	2,6	ND	NA		
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	0,0	90,0	0,0	90,0	0,0
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	0,0	90,0	0,0	90,0	0,0

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Note : Nous observons un niveau d'atteinte nettement inférieur aux cibles attendues en regard des indicateurs 1.45.05.01 – PS et 1.45.05.03 – PS. Des actions spécifiques sont en cours afin de se conformer aux standards demandés en matière d'accès et de continuité de services. Pour ce qui est des autres cibles, le résultat observé est supérieur aux attentes signifiées.

1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	169	435	257,4	256	151,5
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	7,80	8,96	87,0	7,00	112,6

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Note : Nous observons une stabilité dans le nombre de personnes rejointes et le niveau d'atteinte des cibles est prêt de 90 %.

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	7	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	8	14	57,1	14	57,1
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	4,00	12,00	166,6	12,00	166,6
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	272	310	87,7	334	81,4
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : À l'exception de l'indicateur 1.08.05 –PS, le niveau global d'atteinte des cibles dépasse 90 %.

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	4,42	11,00	159,7	11,00	159,7
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	5,63	11,00	148,8	11,00	148,8
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	0,55	ND	NA		0,0

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Nous observons une excellente performance à cet égard. L'atteinte des cibles est nettement favorable et confirme l'excellente gestion des services d'urgences et des durées moyennes de séjour.

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	47	81	58,0	81	58,0
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	13,28	18,20	72,9	ND	NA
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	13	0,0	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Le nombre d'usagers desservis à domicile pour des services de soins palliatifs est inférieur à la cible attendue. En effet, nous avons une offre de service en soins palliatifs et de fin de vie qui favorise d'abord les services à domicile et une alternative qui permet aux patients de choisir un milieu de vie situé à la Résidence Marie-Anne Ouellet. Le nombre d'usagers utilisant les services de fin de vie à la Résidence Marie-Anne Ouellet n'est pas compilé dans les résultats.

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.11-EG1 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.12-EG1 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.13-EG1 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13	225	302	74,5	ND	NA
1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	13	261	168	155,3	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Nous observons une bonne performance et une atteinte globale des cibles supérieures à 100 %.

1.9 Santé physique - Chirurgie- Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	90,2	90,0	100,2	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	93,0	90,0	103,2	ND	NA

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	50,0	ND	NA		
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	97,4	ND	NA		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	50,0	ND	NA		
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,0	ND	NA		
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	97,4	ND	NA		
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		

● Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ○ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	12	7,39	5,90	79,7	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	12	6,35	6,20	97,5	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	12	3,62	3,15	87,1	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,49	0,07	0,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Nous avons observé un taux d'assurance salaire plus élevé que la cible identifiée ainsi qu'un pourcentage légèrement plus élevé en heures supplémentaires.

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,7	0,0	0,0	ND	NA
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,0	0,0	0,0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	0,0	ND	NA
4.01.08-EG1 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	13	0,19	0,35	146,5	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Nous observons une excellente performance à cet égard. L'atteinte des cibles est nettement favorable et confirme l'excellente gestion des services d'urgences et des durées moyennes de séjour.

5.3 Bilan annuel des faits saillants par direction

5.3.1 Direction des programmes et activités cliniques

5.3.1.1 Personnes âgées

- Représentation du CSSS de La Matapédia à la Table provinciale Personnes âgées de l'AQESS ;
- Déploiement du Prisma-7 (outil de repérage personnes âgées en perte d'autonomie) en GMF ;
- Travaux visant la relocalisation temporaire de la clientèle de l'UCDG vers la RMAO ;
- Travaux d'aménagement au 3e étage de la RMAO visant à offrir un milieu de vie adapté pour la clientèle atteinte de troubles cognitifs ;
- Assignation d'une infirmière pendant 6 mois en support clinique à la RMAO ;
- Intégration du programme de promotion des chutes du SAD au programme intégré CSSS ;
- Démarche d'optimisation des services de soutien à domicile ;
- Exercice d'appréciation des services offerts dans les ressources privées d'hébergement ;
- Signature d'ententes avec les foyers privés visant le service de prélèvement ;
- Mise sur pied d'un comité intersectoriel sur l'approche *« Vieillir en santé » ;*
- Support et accompagnement de l'équipe de *l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences* conjointement avec La Mitis ;
- Lancement du programme révisé en soins palliatifs de fin de vie et officialisation de la fonction de gestionnaire de cas complexes ;
- Révision de l'organisation du travail en psychosocial ;
- Élaboration du programme de récupération fonctionnelle ;
- Révision de l'outil de classification des résidents en ressources intermédiaires.

5.3.1.2 Famille, enfance, jeunesse et santé mentale

- Mise en place d'une Table de concertation locale en santé mentale et dépendance ;
- Déploiement du Programme en dépendance et officialisation des trajectoires ;
- Ententes réalisées : Maison des familles, Centre-Jeunesse, Moisson Vallée ;
- Travaux visant à consolider l'équipe de soutien d'intensité variable, en collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale ;
- Déploiement du Guide des bonnes pratiques visant à assurer la qualité des services en prévention du suicide dans le réseau local de services ;
- Campagne spéciale de vaccination rougeole ;
- Transfert des activités de la Clinique ITSS vers la clinique Jeunesse ;
- Ajout d'une seconde infirmière scolaire pour les volets de prévention/promotion ;
- Implantation d'une trajectoire de services de réadaptation pédiatrique ;
- Implantation d'un outil pour l'éveil à la lecture et à l'écriture ;
- Élaboration d'un projet garderie-répit avec les Grands amis de la Vallée ;
- Démarche de recrutement accrue en orthophonie ;
- Implication dans le projet annuel de la Table de concertation en violence et conjugale de La Matapédia.

5.3.1.3 Santé physique et maladies chroniques

- Implantation du Programme Ampro visant la réduction des risques obstétricaux ;
- Intégration d'une 3e infirmière au Groupe de médecine familiale ;
- Première édition d'une journée thématique visant la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population ;
- Travaux de réaménagement de l'unité regroupée située au 2e étage de l'hôpital (poste de garde central, chambres de soins palliatifs, réfection de l'aile des chirurgies d'un jour) ;
- Réorganisation du poste d'infirmière SSC/GMF de Sayabec ;
- Planification du déploiement d'Accès Santé BSL ;
- Analyse des processus à l'unité regroupée selon l'approche LEAN ;
- Démarche vers l'accréditation Initiative Amis des Bébés ;
- Développement de services pour la clientèle féminine (équipements Versapoint et Thermachoice).

5.3.1.4 Sécurité civile

- Exercice d'appropriation des principes de la sécurité civile à l'intention des gestionnaires ;
- Simulation d'un code trauma dans le secteur de l'urgence ;
- Mise à jour de volet psychosocial.

5.3.1.5 Déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et dépendance

- Officialisation des mécanismes de référence et du partage des responsabilités de la première ligne et de la deuxième ligne, en déficience intellectuelle, déficience physique, et en dépendance ;
- Démarches entourant la concrétisation du projet de création de l'immeuble de logements adaptés *Un Chez-nous...Pour nous !* ;
- Implication du personnel non professionnel dans la réalisation des programmes d'adaptation domiciliaire ;
- Travaux d'actualisation du *Plan d'accès ministériel en déficience intellectuelle, en déficience physique et troubles envahissants du développement.*

5.3.1.6 Services administratifs

- Révision des plans de travail et amélioration de l'ergonomie des postes de travail des agentes administratives ;
- Projet de formation afin d'assurer la relève en secrétariat médical.

5.3.1.7 Services diagnostiques et de réadaptation

- Embauche de 2 préposées pour couvrir les ECG de jour les fins de semaine ;
- Couverture de 4 soirs par 2 semaines pour réduire le coût associé aux rappels externes en inhalothérapie ;
- Recours à de la main d'œuvre indépendante en inhalothérapie ;
- Nomination d'une assistante-chef inhalothérapeute ;
- Visite de l'ordre des technologistes médicales ;
- Abolition de la facturation interrégionale au laboratoire ;
- Implantation du programme québécois de la trisomie 21 ;
- Formation de technologues aux examens sans contraste en tomodensitométrie afin de réduire les rappels externes ;
- Révision des protocoles en tomodensitométrie ;

- 686 femmes rejointes dans le cadre du PQDCS par les services de l'unité mobile SARA ;
- Développement du service de transcription pour un groupe de médecins de l'urgence ;
- Démarrage d'un groupe dans le cadre du déploiement du programme Passage pour la clientèle atteinte de fibromyalgie et pour la clientèle souffrant de lombalgies ;
- Recours à la main d'œuvre indépendante en physiothérapie ;
- Démarches actives de recrutement de main d'œuvre ;
- Aménagement d'une salle de réadaptation pédiatrique et démarrage de groupes de stimulation animés conjointement par l'éducatrice et l'ergothérapeute ;
- Application d'un plan de contingence en ergothérapie.

5.3.2 Direction des services professionnels et hospitaliers

- Encadrement de la gouverne médicale du CSSS de La Matapédia ;
- Participation à divers comités consultatifs regroupant des directeurs des services professionnels et hospitaliers ;
- Élaboration de politiques et procédures permettant une amélioration du fonctionnement des départements cliniques ;
- Participation au processus de recrutement des médecins et spécialistes ;
- Support stratégique à la direction générale en matière de sécurité et de qualité des services ;
- Consolidation du principe de coresponsabilité médicaux-administratifs ;
- Identification des ordonnances collectives pouvant être mises en œuvre au CSSS de La Matapédia ;
- Participation à divers comités internes visant l'amélioration de la qualité des services.

5.3.3 Direction des soins infirmiers et de la santé publique

5.3.3.1 Soins infirmiers

Dans le cadre du plan d'amélioration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, plusieurs activités en lien aux soins infirmiers ont été élaborées afin de répondre aux normes exigées. Situations cliniques visées:

- Client à risque de chutes
- Client ayant chuté

- Client à risque de plaies

Les actions réalisées :

- Consolidation et l'implantation du programme « Prévention des chutes » dans l'ensemble des centres d'activité : CHSLD, courte durée, soins à domicile ;
- Élaboration et la mise en place des mécanismes pour assurer la fluidité et le suivi entre les différents secteurs du CSSS ;
- Identification des agents multiplicateurs pour toutes les équipes visées ;
- Création d'un comité interdisciplinaire de soutien aux mesures de contrôle et de la prévention des chutes et réalisation de trois rencontres durant l'année ;
- Formation des infirmières sur l'utilisation du nouveau programme « Prévention des chutes » (incluant réévaluation post chute) et des outils afférents ;
- Présence d'un support clinique par les conseillères en soins infirmiers auprès des équipes visées ainsi que par les agents multiplicateurs ;
- Intégrer le risque sur l'évaluation clinique en lien avec le PTI ;
- Implantation de l'outil d'évaluation post chute ;
- Sensibilisation de tout le personnel à déclarer la chute sur le formulaire AH-223, rapport de déclaration d'incident ou d'accident ;
- Supervision des employées ;
- Consolidation et implantation du programme de « Prévention des plaies » (évaluation selon l'échelle de Braden de façon systématique).

5.3.3.2 Prévention des infections

Actions réalisées afin de réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs impacts à travers le continuum des soins et services :

- Production du programme et plan d'action ;
- Réalisation d'une campagne du lavage des mains ;
- Procédure tenue vestimentaire ;
- Mesures de prévention des infections lors de nombreux travaux de rénovation ou de construction ;
- Création d'une procédure en lien le retraitement des équipements et appareils médicaux ;
- Répartition des heures de travail de l'infirmière conseillère en PCI pour assurer sa disponibilité sur place dans les 3 installations (Hôpital, Centre d'hébergement et CLSC) ;

- Identification et formation d'un substitut à l'infirmière conseillère en PCI ;
- Surveillance quant à l'application correcte des procédures de PCI lors des travaux de rénovation et construction ;
- Révision de la technique de nettoyage et désinfection des chambres d'usagers soumis à des précautions additionnelles :
  - Précautions « aériennes »
  - Précautions « gouttelettes »
  - Précautions « contact »
  - Précautions « contact+ » (C. difficile)
  - Précautions de « protection»
- Avancement dans le dossier des ZONES GRISES ;
- Gestion des éclosions durant l'année :
  - C. difficile : février 2011 à septembre 2011
  - E.R.V : novembre 2011 à Mars 2012
- Maintien des surveillances d'infections en cours ;
- Élaboration d'une procédure lors de la gestion d'une éclosion ;
- Formation d'un comité ad hoc de gestion d'éclosion ;
- Rencontre avec le personnel de l'unité touchée par l'éclosion pour effectuer des améliorations ou continuer certains aspects de la gestion des éclosions ;
- Rédaction d'un rapport d'éclosion :
  - Caractéristiques épidémiologiques
  - Mesures de prévention et contrôle des infections
  - Communication interne et externe
  - Constats incluant les impacts sur la clientèle
  - Recommandations
  - Coûts de l'éclosion.

5.3.3.3 Santé publique

- Consolidation du volet saines habitudes de vie ;
- Création d'un comité de travail intra CSSS visant l'élaboration du PAL en santé publique ;
- Amorce des travaux d'élaboration du PAL.

5.3.4 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

- Planification et mise en œuvre d'un programme local d'activités de reconnaissance des employés échelonné sur deux semaines à l'automne 2010 ;

  Les principales activités ont été les suivantes :

  - Déjeuners des employés servis par les gestionnaires
  - Souper de reconnaissance des employés ayant 25 ans de service
  - Rencontre avec les nouveaux employés-gestionnaires
  - 5 à 7 des retraités de l'année.

- Mise en œuvre de moyens pour faciliter le recrutement du personnel :

  - Participation au Salon de l'emploi de l'Université Laval
  - Inscription sur les sites internet de plusieurs Universités - CÉGEP
  - Affichage de postes vacants dans les journaux régionaux et locaux
  - Affichage des postes vacants et remplacements sur divers sites internet - sans frais (Santé Montréal, emploi Québec, Tremplin travail, Place aux jeunes en région, etc.)
  - Inscription sur le site du CSSS avec formulaire d'inscription sur le WEB
  - Implication dans la persévérance scolaire – choix de carrière auprès des élèves de niveau secondaire (stage d'observation, promotion des emplois dans le RSSS)

- Participation à l'élaboration de la Journée carrière santé en collaboration avec l'Agence de santé et les autres établissements du territoire dans le but de rencontrer les jeunes des secondaires 3-4-5 et promouvoir les emplois du secteur de la santé et des services sociaux ;

- Signature du protocole de transfert d'une intervenante du CRDI dans le cadre du modèle émergent ;

- Mise en place d'une politique de banque de temps, politique de stages ;

- Négociation et signature de la convention collective locale CSN (catégorie 3) ;

- Participation à des rencontres de transfert des connaissances dans le cadre du projet de la RMAO à Montréal et Rimouski ;

- Participation à la rédaction du programme de co-développement dans le comité CRDPE ;

- Exécution des travaux requis dans le cadre de l'équité salariale du personnel d'encadrement ;

- Début d'une formation Lean avec l'UQTR (janvier 2012), programme de 2e cycle en génie industriel ;

- Élaboration d'un plan d'action assurance salaire, gestion de la présence au travail ;

- Mise en place d'un *Focus group* pour le personnel infirmier et infirmier auxiliaire, afin de développer des stratégies pour contrer les difficultés de remplacement pendant la période estivale 2012 ;

- Révision de l'organisation du travail dans plusieurs secteurs afin d'offrir les services à la clientèle malgré la situation de manque d'effectifs ; nous avons dû recourir au temps supplémentaire obligatoire, à la main-d'œuvre des agences pour obtenir du personnel en soins infirmiers, revoir le fonctionnement de la garde au bloc opératoire ;

- Implication dans les travaux du comité directeur du projet de réorganisation des services alimentaires ;

- Poursuite, en collaboration avec plusieurs partenaires (Centre matapédien d'études collégiales, Emploi-Québec, CLE, Cégep de Rimouski, Agence de la santé et des services sociaux), d'un projet de recyclage des infirmières auxiliaires pour le diplôme d'études collégiales en soins infirmiers avec des conditions particulières ;

- Représentation de la région 01 par le CSSS de La Matapédia sur la Table provinciale des directeurs des ressources humaines à *l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux* ;

- Participation aux travaux de l'Alliance de l'Est dans le cadre de l'application de la Loi 100 et de la recherche de gains d'efficience additionnels ;

- Participation aux fêtes du 50^{e} anniversaire – responsable du GALA ;

- Mise en place d'une journée dédiée à l'accueil d'étudiants de niveau secondaire afin de faire connaitre les métiers et opportunités d'emploi du CSSS et ce sous forme de stage d'observation ;

- Intensification du lien entre le CSSS et l'organisme Place aux jeunes en région afin de nous soutenir dans la venue de candidats de l'extérieur de la région 01 ;

- Participation à la Journée portant sur les saines habitudes de vie ;

- Négociation des arrangements locaux en cours avec les syndicats ;

- Participation à la remise sur pied du Comité paritaire en santé et sécurité du travail (CPSST) ;

- Instauration d'une demi-journée consacrée aux nouveaux employés afin de favoriser les échanges et de répondre aux questions ;

- Participation à un projet en lien avec le perfectionnement (ASP secrétariat médicale) des agentes administratives ;

- Mise en applications des nouvelles conventions collectives 2011-2015 et présentation des changements à l'équipe de gestion ;

- Participation active auprès des divers comités / rencontres mises de l'avant par l'Agence de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent.

5.3.5 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles

- Réalisation des travaux de planification budgétaire, de suivi et de contrôle continu afin d'informer adéquatement les membres de l'équipe de direction dans une prise de décision permettant l'atteinte de l'équilibre budgétaire ;

- Participation à l'identification des zones de performance et d'optimisation à actualiser au cours de l'exercice 2012-2013 ;

- Support stratégique à la direction générale lors de la présentation de projets à l'Agence régionale ;

- Support à l'intégration d'un nouveau gestionnaire sous la supervision du directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles ;

- Élaboration de montages financiers de projets structurants afin d'établir le plan d'investissement nécessaire à leur actualisation ;

- Coordination du comité de vérification de l'établissement ;

- Supervision de la réalisation de divers travaux immobiliers (rénovations fonctionnelles du 3e étage de la RMAO, rénovations fonctionnelles du 2e étage de l'Hôpital d'Amqui, construction d'un nouveau point de service du CLSC à Sayabec et rénovations extérieures du point de service du CLSC à Causapscal) ;

- Coordination des mécanismes de contrôle prévus au cadre de gestion de la sécurité des actifs informationnels.

5.3.6 Direction de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation

Cette nouvelle direction au CSSS de La Matapédia a été créée en octobre 2011.

5.3.6.1 Qualité

- Travaux de consolidation réalisés afin de poursuivre le déploiement d'une véritable culture de sécurité et de qualité de service ;

- Finalisation de la démarche d'agrément 2010 et présentation des preuves nécessaires au maintien de l'agrément consenti ;

- Mise en place du Comité paritaire de santé et sécurité au travail :
  - Protocole d'entente
  - Formation de groupe de travail

- Visite de la direction de la qualité au CHUQ ;

- Participation aux travaux du comité de vigilance et de la qualité du CSSS de la Matapédia.

5.3.6.2 Gestion intégrée des risques

- Coordination du Comité de gestion intégrée des risques ;

- Activités de sensibilisation et d'information tenues à l'intention des employés du CSSS de La Matapédia (bilan statistique du 1er avril au 31 décembre 2011, informations générales sur notre performance en gestion des risques, parution d'un bulletin portant sur la sécurité des services) ;

- Réalisation d'analyses d'événements sentinelles permettant d'améliorer la gestion des risques ;

- Présentation aux médias locaux de l'état de situation en gestion des risques au CSSS de La Matapédia ;

- Travail en collaboration avec le service de laboratoire afin de diminuer les erreurs reliées à l'identification des spécimens.

5.3.6.3 Optimisation

- Coordination des démarches LEAN pour les processus suivants :
  - Admission, départ, transfert
  - Cheminement des médicaments
  - Approvisionnement

- Identification des zones de performance et d'optimisation à actualiser au cours de l'exercice 2012-2013 ;

- Participation au programme de formation en approche LEAN donné par l'UQTR ;

- Mise en place du comité de gestion des locaux :
  - Élaboration d'une politique et d'une procédure
  - Élaboration d'outils pour la gestion des locaux

- Coordination du déménagement du CLSC, point de service de Sayabec.

5.3.6.4 Sécurité civile

- Coordination du Comité local de sécurité civile :
  - Mise à jour des plans d'actions des derniers exercices incendie à la RMAO et au CH
  - Mise en situation du code trauma à l'urgence
  - Mise en situation du code bleu à la RMAO
  - Exercices de table : tempête hivernale avec accident et panne électrique majeure
  - Formation du Comité local de sécurité civile et du comité de direction

CONSEILS ET COMITÉS DE LA LSSSS

6. CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

6.1 Conseil d'administration

6.1.1 Liste des membres au 31 mars 2012

Membres du conseil d'administration	
Arseneault, Pierre	Administrateur
Bégin, Geneviève	Membre du comité de gouvernance et d'éthique
Bérubé, Nancy	Membre du comité administratif Membre substitut du comité de gouvernance et d'éthique
Blanchette, Roger	Membre du comité administratif Membre du comité d'évaluation du directeur général
Boulianne, Yves	Membre du comité de vérification
Caron, Nancy	Membre du comité de vérification
Fournier, Lucie	Membre substitut du comité administratif
Gagné, Sébastien	Membre substitut du comité de vérification Membre du comité d'évaluation du directeur général
Dr Laddada, Kherdine	Administrateur
Lafrance, Normande	Membre du comité de vigilance et de la qualité
Laroche, Geneviève	Administrateur
Leclerc, Jean-Claude	Membre du comité administratif Président du comité de vigilance et de la qualité
Lépine-Pauzé, Frédéric	Membre du comité administratif
Morin, Geneviève	Membre du comité de gouvernance et d'éthique
Paquet, Alain	Membre du comité de gouvernance et d'éthique Secrétaire Directeur général
Pérusse, Claude	Membre du comité de vigilance et de la qualité
Thériault, Jean-Yves	Vice-président Membre du comité de vérification Membre du comité d'évaluation du directeur général
Voyer, Jeanne-d'Arc	Présidente Membre du comité de gouvernance et d'éthique Membre du comité d'évaluation du directeur général

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2012, douze (12) rencontres régulières ont eu lieu.

6.2 Comité exécutif du Conseil des infirmiers et infirmières (CECII)

6.2.1 Liste des membres au 31 mars 2012

Membres du CECII	
Mylène Guénard	Présidente
Lissia Dumont	Vice-présidence
Diane Bouillon	Secrétaire
Monique Bernier	Membre
Mélanie Bérubé	Membre
Renée-Claude Gagné	Membre
Linda Poirier	Membre
Manon Landry	Membre
Solange Lavoie	Membre
Andréa Lévesque	Membre
Alain Paquet	Membre d'office (directeur général)
Bertin Lévesque	Membre d'office (directeur des soins infirmiers)

6.2.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2012, six rencontres régulières ont été tenues :

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 20 avril 2011 :*

  - Remplacement de Normand Lavoie par Lise Chamberland ;
  - Focus groupe ;
  - Agrément ;
  - Comité CIIA ;
  - Informations des comités partenaires ;
  - Tâches dans le CECII ;
  - Assemblée générale ;
  - Colloque CECII ;
  - Situation des conseillères cliniques en soins ;
  - Plan d'amélioration de l'OIIQ ;
  - Politique et procédure de protection du majeur inapte ;
  - Ordonnance collective ;
  - Plan de formation ;
  - Perspective et embauche pour l'été 2011 ;
  - Réorganisation du 2e étage ;
  - Semaine de l'infirmière ;
  - Pompe volumétrique.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 12 mai 2011 :*

  - Assemblée générale (rapport des activités et présentation des sujets traités dans l'année 2010-2011) ;
  - Postes au sein du CECII ;
  - Plan d'amélioration de l'OIIQ ;
  - L'Agrément ;
  - Reconnaissance des BACC ;
  - Nouvelles embauches ;
  - Mentorat et préceptorat ;
  - PTI ;
  - Dossiers de conseils cliniques ;
  - Remplacement des conseillères cliniques qui partiront à la retraite dans les prochaines années ;
  - Départ et salutations de Monsieur Normand Lavoie ;
  - Prix de présence.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 8 juin 2011 :*

  - Focus groupe ;
  - Informations des comités partenaires ;
  - Situation des conseillères cliniques en soins ;
  - Plan d'amélioration de l'OIIQ ;
  - Prévision de l'été 2011 / Plan de contingence ;
  - Application de la règle de soins de la douleur ;
  - Intranet/Lotus ;
  - Trajectoire des politiques et procédures ;
  - Programme de récupération fonctionnelle ;
  - Programme de dépendance ;
  - Double vérification ;
  - Loi 100, alliance de l'Est ;
  - ACIIQ ;
  - Surcharge risques d'erreurs à la médication au 2e étage de la RMAO ;
  - Procédure prise en charge médicale d'un usager en hébergement de fin de vie à la RMAO ;
  - Retour colloque CII.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 28 septembre 2011 :*

  - Information des comités partenaires ;
  - Plan d'action 2011-2012 de la direction générale et soins infirmiers ;
  - Plan d'amélioration de l'OIIQ ;
  - Retour sur l'été 2011 ;
  - Exigences de formation de l'OIIQ ;

- Processus d'élection du CA ;
- CIIA ;
- Reconnaissance du BAC ;
- Réorganisation du travail à la RMAO ;
- Travaux de construction au 2e étage et processus LEAN ;
- Ordonnances collectives CPI ;
- Coupe d'ongles en soins de pieds.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 7 décembre 2011 :*

  - Informations des comités partenaires ;
  - Plan d'amélioration de l'OIIQ ;
  - Programme de prévention des chutes ;
  - Protocole et règlement d'application des mesures de contrôle de contention, d'isolement et substances chimiques ;
  - Exigences de formation de l'OIIQ ;
  - Reconnaissance du BAC ;
  - Réorganisation du travail à la RMAO ;
  - Travaux de construction au 2e étage ;
  - Don de tissus et de globes oculaires ;
  - Retour sur la rencontre des leaders en soins infirmiers du 2 décembre 2011;
  - Présentation de Madame Claudie Deschênes : sécurité civile - volet psychosocial ;
  - Visite du site Internet de l'ACIIQ ;
  - Contribution des aides soignants et des proches aidants aux soins infirmiers ;
  - Projet OPTIMAH ;
  - Protocole sur l'hypoglycémie.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 15 mars 2012 :*

  - Informations des comités partenaires ;
  - Règlement 26 « Règlement du conseil des infirmières et infirmiers » pour fonctionnement du comité CECIIA ;
  - Pistes de solutions sur les erreurs de médicament ;
  - Plan d'amélioration de l'OIIQ ;
  - Midi-clinique (discussion, exigence du BAC, leadership infirmier) ;
  - Plan de formations ;
  - Préceptorat ;
  - Prévention des chutes ;
  - Politique « Gestion des stages de formation » ;
  - Réorganisation du travail à la RMAO ;
  - Travaux de construction au 2e étage ;
  - Semaine de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire sous le thème « Experts tous les jours » ;

- Congrès du CII les 2 et 3 mai prochain ;
- Départ de 4 médecins.

6.3 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

6.3.1 Liste des membres au 31 mars 2012

CMDP	
Comité exécutif du CMDP	
Dr Pierre Turbide	Président
Dr Patrick Charland	Vice-Président
Dr Michel Dallaire	Secrétaire
Dre Jacynthe Vallée	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dre Claire Jean	Dir. des serv. professionnels et hospitaliers
M. Alain Paquet	Directeur général
Comité d'examen des titres	
Dre Sophie Gervais	Présidente
Dre Claire Jean	Dir. serv. professionnels et hospitaliers
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	
Dre Mijanou Didier	Présidente
Dre Guylaine Lauzon	Secrétaire
Dre Sonia D'Amours	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Cindy Bouchard	Membre
Dre Isabelle Brochu	Membre
Mme Pierrette Simard /Mme Sylvie Anctil	Archiviste médicale
Comité de pharmacologie	
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Présidente
Dre Annie Marquis	Membre
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Dre Manon St-Amant	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Jean Martin	Membre
Mme Claire Dumais	Pharmacienne
Comité multidisciplinaire de traumatologie (équipe médicale seulement)	
Dre Geneviève Simard-Racine	Présidente
Dre Claire Jean	Dir. Serv. professionnels et hospitaliers
Dr Yahia Zine	Anesthésiologiste
Dr Omar Hasan	Chirurgien général
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Dre Agnès Pascot	Chef du serv. d'urgence et soins intensifs
Dr Michel Dallaire	Membre
Dr Yves Gagnon	Membre

Département de médecine générale	
Dr Patrick Charland	Chef du département
Dr André Aboussafy	Membre
Dr Bertin Bélanger	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dr Pierre Bornais	Membre
Dre Cindy Bouchard	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Michel Dallaire	Membre
Dr Sonia D'Amours	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dr Yves Gagnon	Membre
Dr Jean Gauthier	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Claire Jean	Membre
Dre Guylaine Lauzon	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dr Jean Martin	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Agnès Pascot	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre
Dre Jacynthe Vallée	Membre
Département de chirurgie et d'anesthésie	
Dr Omar Hasan	Chef du département
Dr Kherdine Laddada	Membre
Dr Yahia Zine	Membre
Service d'obstétrique	
Dre Sophie Gervais	Chef du service
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Service d'urgence et des soins intensifs	
Dre Agnès Pascot	Chef du service
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dre Cindy Bouchard	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Patrick Charland	Membre
Dr Michel Dallaire	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dr Yves Gagnon	Membre

Service d'urgence et des soins intensifs (suite)	
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre

Nombre de réunions tenues au cours de l'exercice financier 2010-2011 pour chacun des comités ou départements :

Nom du comité	Nombre de réunions
Comité exécutif du CMDP	11
Comité d'examen des titres	4
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	9
Comité multidisciplinaire de traumatologie	6
Comité de pharmacologie	8
Département de médecine générale	5
Département de chirurgie et d'anesthésie	3
Service d'obstétrique	4
Assemblée générale du CMDP	6

6.3.2 Les faits saillants

6.3.2.1 Comité exécutif du CMDP

- Volet décisions :

  - Étude et adoption des recommandations formulées par le Comité d'examen des titres, le Comité de pharmacologie, le Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, du département de médecine générale, du département de chirurgie et d'anesthésie, du service d'obstétrique et du service d'urgence ;
  - Révision du formulaire d'ordonnances de niveau de soins ;
  - Révision de la procédure d'admission en soins palliatifs dans la composante CH ;
  - Révision de prise en charge médicale d'un usager en hébergement de fin de vie à la RMAO ;
  - Évaluation des patients sous anticoagulothérapie susceptibles d'être transférés au Pradax ;
  - Procédure pour l'évaluation préopératoire des clients en attente d'une chirurgie dentaire ;
  - Nomination d'un président d'élection ;
  - Avis favorable à la politique et à la procédure concernant la protection d'un majeur inapte ;

- Avis favorable sur la procédure concernant la gestion du service de l'approvisionnement ;
- Recommandation pour la nomination d'un chef du département de médecine générale et d'un chef du service d'obstétrique ;
- Adoption d'ordonnances collectives (traitement et prévention de la constipation, supplémentation vitaminique préconceptionnelle et conceptionelle, soulagement des nausées et des vomissements de la femme enceinte ;
- Étude d'un rapport de stage de perfectionnement d'un membre du service d'urgence ;
- Signature des documents médicaux par les résidents en médecine familiale ;
- Adoption d'une politique et procédures précisant les modalités de fonctionnement entre le médecin en gériatrie et les membres du département de médecine générale ;
- Adoption du protocole d'utilisation d'Octaplex ;
- Adoption des réquisitions en inhalothérapie/test d'allergie ;
- Adoption des mises à jour du cahier de médecine transfusionnelle ;
- État de situation du recrutement en omnipratique et en anesthésiologie ;
- Discussion sur les technologies de l'information (Stat-Dev, réseau sans fil à l'urgence, dictée à l'urgence, etc.) ;
- Plan de travail en chirurgie générale ;
- Étude des données concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus pour la région 01 ;
- État de situation – C-Difficile ;
- Recommandation pour la nomination d'un chef de département de médecine générale ;
- Recommandation pour la nomination d'un chef du service d'obstétrique ;
- Continuum de services à l'UCDG ;
- Avis concernant le programme de récupération fonctionnelle ;
- Avis concernant le programme dépendances – Mécanisme d'accès et trajectoire de services ;
- Informations sur l'Alliance de l'Est ;
- Répartition des membres dans les comités pour l'année 2011-2012 ;
- Procédure révisée- Examens échographiques en urgence en l'absence d'un radiologiste ;
- Adoption de la liste de garde en chirurgie générale – Décembre 2011 et janvier 2012;
- Adoption d'une politique et procédures – Modalités de fonctionnement entre les chirurgiens membres du département de chirurgie et d'anesthésie ;
- Projet d'amendement aux règlements du CMDP ;
- Processus de désignation d'un représentant du CMDP au Conseil d'administration ;
- Étude des recommandations du médecin examinateur ;
- Profil de candidats recherchés dans le cadre du recrutement médical en omnipratique ;

- Consultation sur la procédure du don de tissus et de globes oculaires ;
- Session de formation sur le processus d'examen des plaintes par le médecin examinateur ;
- Identification de l'entité interne au programme structuré de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissements de santé ;
- Projet d'ententes en Télésanté ;
- Précisions sur le service de douleur chronique offert par le Dr Zine ;
- Désignation d'un membre au Comité exécutif (remplacement de congé de maternité) ;
- Non renouvellement d'adhésion à UP TO DATE et renouvellement d'adhésion ACMDP ;
- État des travaux découlant du Lac-à-l'Épaule du 11 janvier 2012 ;
- Soutien financier aux activités du 50e de l'hôpital ;
- Étude des demandes d'exemption en omnipratique ;
- État de situation en radiologie ;
- Avis sur le programme de prévention des chutes ;
- Avis sur le Règlement et la procédure d'application des mesures de contrôle : contention isolement et substance chimique ;
- Désignation d'un médecin pour le projet clinique « Maladie chronique pour l'implantation du suivi systématique » ;
- État de situation sur l'approvisionnement de produits injectables de la Cie Sandoz.

- Volet discussions :

  - Évolution du dossier de parrainage du Dr Yahia Zine;
  - Formation d'un groupe de travail pour l'étude d'une candidature au poste d'IPS;
  - Remplacement de la salle de fluoroscopie;
  - Attribution d'un 3e poste infirmière au GMF;

- Volet informations :

  - Informations découlant des rencontres du Département régional de médecine générale (DRMG) ;
  - Disponibilité des images radiologiques du CSSS de Rimouski-Neigette du CSSS de Matane ;
  - Visite du Dr Jean Rochon ;
  - Stratégies pour favoriser la venue de main d'œuvre en soins infirmiers et de préposés aux bénéficiaires ;
  - Commissaire locale aux plaintes ;
  - Financement du plan d'aménagement au 2e étage ;
  - État des travaux de l'Alliance de l'est ;
  - Situation financière de l'établissement ;
  - Prévisions budgétaires du programme des mesures incitatives non négociées ;
  - Continuum de services en traumatologie ;
  - Appareil thermachoice ;
  - Informations découlant du rapport du sous-comité de travail pour la circulation de l'information clinique dans le secteur Est ;

- Prévisions budgétaires du programme des mesures incitatives non négociées pour l'année 2011-2012 ;
- Informations du laboratoire ;
- Références médicales aux services pédiatriques de réadaptation ;
- Études statistiques d'occupation ;
- Liste d'attente des services au CSSS de La Matapédia ;
- Plan d'action de la direction générale 2011-2012 ;
- Modification au plan d'organisation du CSSS ;
- Arrivée progressive des spécialistes en médecine interne ;
- Rapport de visites du biochimiste consultant ;
- État de situation – Alerte ERV ;
- Mammographie de dépistage par SARA ;
- État de situation en regard de l'offre de services en physiothérapie et de la liste d'attente ;
- Ordonnance d'hébergement d'un patient ;
- Tournée ACMDP sur les ordonnances collectives ;
- Situation en regard des absences pour maladie ;
- Informations de la Banque de sang ;
- Nouvelles règles de gestion pour le PREM en spécialités 2012-2015 ;
- Activités dans le cadre du 50e anniversaire de l'hôpital.

6.3.2.2 Comité d'examen des titres

Le comité a procédé à l'étude des demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens désirant un statut et des privilèges au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu'aux demandes d'ajout ou de modification de privilèges.

6.3.2.3 Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Sujets discutés :

- Étude sur les grands utilisateurs à l'urgence ;
- Étude de dossiers de décès à l'urgence ;
- Étude de dossiers de décès internes 2010-2011 – Note d'admission ;
- Grille d'évaluation de l'étude sur l'examen mental ;
- Élaboration d'une ordonnance collective pour le prélèvement de gorge ;
- Étude par critères explicites sur la note d'examen mental ;
- Étude par critères explicites sur la note d'admission des dossiers de décès internes pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2011 ;
- Création d'un outil « Anamnèse et examen mental à l'urgence ;
- Étude sur les complications chirurgicales ;
- Étude par critères explicites sur les complications post-appendicectomie ;
- Étude sur les complications et réhospitalisation suite à une herniorraphie ;

6.3.2.4 Comité de pharmacologie

Sujets discutés :

- Protocole de contention chimique ;
- Revue d'utilisation des médicaments ;
- Protocole de Mucomyst ;
- Protocole d'acétylcystéine pour l'intoxication à l'acétaminophène ;
- Guide des opiacés ;
- Protocole d'exposition aux liquides biologiques ;
- Acidose diabétique ;
- Automédication per os en obstétrique ;
- Automédication en médecine ;
- Thromboprophylaxie veineuse ;
- Pradax ;
- Trousse de transfert ;
- Triptan VS Imitrex intranasal ou s/c ;
- Xarelto ;
- Imitrex VS Maxalt ;
- Dosage de tobramycine ;
- Médicaments donnés en première dose en CLSC ;
- Ordonnance initiale d'opiacés ;
- Présence lors des réunions / quorum / courriel ;
- Capsule environnement ;
- Antidotes ;
- Trosec VS Ditropan ;
- Prescription séquentielle de narcotiques en soins palliatifs ;
- Médicaments pouvant prolonger le QT ;
- Dosage des médicaments dosables ;
- Revue d'utilisation des médicaments – utilisation des HGO en insuffisance rénale ;
- Utilisation d'Arédia en oncologie ;
- Automédication post-partum ;
- IPP ;
- Médicaments dans l'armoire de nuit.

6.3.2.5 Comité multidisciplinaire de traumatologie

Sujets discutés :

- Étude de dossiers de polytraumatisés ;
- Avis de l'INESSS en regard de la conformité des documents produits pour le continuum de services en traumatologie ;
- Accès au système de registre des polytraumatisés ;
- Clientèle traumatisée pédiatrique ;
- Révision d'un dossier en regard d'un don d'organes à l'urgence ;
- Compte rendu des rencontres dans le cadre d'étude de dossiers de polytraumatisés ;
- Cartables des protocoles à l'urgence ;
- Protocole d'Octaplex ;

- Pradax ;
- TCC léger ;
- Rapport – Résumé TDM et ses effets cancérigènes chez les enfants et les jeunes au Québec ;
- SMART BAG ;
- Évaluation du processus du Code Trauma – Février 2012 ;

6.3.2.6 Département de médecine générale

Sujets discutés :

- Information sur les tableaux de bord pour les délais d'attente des examens ;
- Technologie de l'information ;
- Dépannage ;
- Photos de l'équipe médicale pour le site web ;
- Présentation de nouvelles ordonnances collectives ;
- Accès aux images radiologiques ;
- Guide des opiacés parentéraux ;
- Bilan comparatif des médicaments ;
- Diaton ;
- Glide scope ;
- Horaire de la journée médicale ;
- Stage de perfectionnement d'un membre actif ;
- Signature des documents médicaux par les résidents ;
- Remplacement en radiologie – État de situation 2011 ;
- Dépistage ITSS ;
- Atelier du CMQ « Organisation de la pratique » ;
- Activités de financement de la Fondation Action-Santé de La Matapédia ;
- Informations sur les sujets découlant des rencontres du DRMG ;
- Informations sur les activités médicales continues ;
- Informations de la coordonnatrice locale ;
- Informations de la responsable de l'enseignement ;
- Informations de la responsable du service d'urgence et des soins intensifs ;
- Présences aux rencontres des comités ;
- Informations sur la situation en chirurgie générale ;
- Représentant d'un membre du CMDP au Conseil d'administration ;
- Information sur les sujets découlant du service en oncologie ;
- Présentation du programme PRATA PLUS ;
- Adoption de la politique et procédures – Modalités de fonctionnement entre les membres du département de médecine générale et le médecin en gériatrie ;
- Plan de contingence – travaux au 2e étage ;
- Programme « Petite séduction » pour les étudiants en médecine ;
- Souper de Noël et activités ;
- Information sur la situation d'éclosion ERV ;
- Ententes en Télésanté ;
- Information sur le programme « Vieillir en santé »
- Présentation du programme de dépistage de surdité à la naissance ;

- Dosage des lactates ;
- Strep rapide ;
- Révision des processus de travail – cheminement des médicaments ;
- Petites chirurgies ;
- Recommandations du médecin examinateur ;
- Activités dans le cadre du 50e de l'hôpital ;
- Information de l'AMDP sur les ordonnances collectives ;
- Recherche du papillomavirus par technique d'amplification d'acides nucléïques ;
- Formation sur les guides de pratique dans le traitement de la pneumonie ;
- TCCL ;
- Processus d'acquisition des équipements médicaux ;
- Demandes d'exemption ;
- Remplacement de la salle de fluoroscopie ;
- Visite de la clinique d'expertise en radioprotection ;
- SMU ;
- Groupe sanguin sur CMV ;
- Outil de communication entre les infirmières de la RMAO et les médecins ;
- Filtration glomérulaire ;
- Protéines C-Réactive
- Présentation du programme de prévention des chutes ;
- Présentation du protocole d'application des mesures de contrôles-substances chimiques ;

6.3.2.7 Département de chirurgie et d'anesthésie

Sujets discutés :

- Présentation des amendements proposés aux règlements de régie interne du CMDP et dépôt du document « Politique et procédures – Modalités de fonctionnement entre les chirurgiens membres du département de chirurgie »
- Club de lecture en chirurgie générale ;
- Délais d'attente en endoscopie ;
- Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire ;
- Thromboprophylaxie ;
- Résection colique par laparoscopie ;
- Liste de garde en chirurgie générale ;
- Intubation ;
- Clinique externe ;
- Échographie vasculaire ;
- Rapport d'étude par critères explicites sur les complications post-appendicectomie ;
- Présentation de la politique et procédures – Modalités de fonctionnement du médecin anesthésiologiste ;
- Pompes pour l'analgésie périmédulaire (neuraxiale) ;

6.3.2.8 Service d'obstétrique

Sujets discutés :

- Problématique – Prise en charge du dépistage ITSS pour les femmes enceintes ;
- Dépistage Trisomie 21 ;
- Projet de suivi de grossesse en groupe ;
- Suivi des indicateurs – césariennes – Année 2009-2010 ;
- Présentation des statistiques d'allaitement 2009-2010 ;
- Partogramme de l'OMS ;
- Protocole d'auscultation intermittente ;
- ICLSC ;
- Problématique de communication de DPA ;
- Objectifs d'équipe ;
- Présentation du protocole d'automédication de la patiente en post-partum;
- Statistiques des césariennes et épidurales ;
- Procédures – Listes de garde ;
- Discordance échoclinique ;
- Révision du document « Lait maternel ou préparation commerciale » ;
- Traduction d'un document d'aide à la décision sur l'AVAC VS la seconde césarienne ;
- Études AMPRO ;
- Utilisation du Duratocin en salle d'opération pour la prophylaxie de l'hémorragie lors des césariennes ;
- Registre de discordances clinicoradiologiques en échographie ;
- Travaux anticipés – Révision du protocole de tocolyse ;

6.3.2.9 Assemblée générale

Sujets discutés :

- Programme de soins palliatifs ;
- Programme « Passage » ;
- Consultation par le médecin conseil au Service santé ;
- Technologie de l'information ;
- Utilisation du profil pharmacologique des pharmacies ;
- IPS ;
- Offre de services d'un médecin membre associé ;
- Endoscopie ;
- Situation en anesthésiologie ;
- Diaton ;
- Images radiologiques du CSSS de Rimouski-Neigette et de Matane ;
- Dictée à l'urgence ;
- Procédure d'admission en soins palliatifs (dans la composante CH) ;
- Procédure de prise en charge médicale d'un usager en hébergement de fin de vie à la RMAO ;
- Kinésiologue ;
- Formulaire de niveaux de soins ;
- Orthophonie ;

- Formations médicales ;
- Garde préventive, l'inaptitude et le droit des patients ;
- Mécanisme d'autorisation et de remboursement des analyses de biologie médicale non disponibles au Québec ;
- Agrément Canada ;
- Durée de séjour à l'urgence ;
- Éclosion – C Difficile ;
- Examens préopératoires – chirurgie dentaire ;
- Activités d'éducation médicale continue ;
- Informations découlant des rencontres du DRMG ;
- Up to Date ;
- Processus de consultation pour la nomination d'un chef du département de médecine générale et pour la nomination d'un chef du service d'obstétrique ;
- AMOBSL – État des négociations ;
- Informations découlant du travail du Comité d'évaluation de l'acte ;
- Feuille sommaire ;
- Mucomyst ;
- Diaton ;
- Situation – Endoscopie ;
- Adoption du rapport annuel du CMDP – Année 2010-2011
- Présentation du rapport annuel du médecin examinateur Année 2010-2011 ;
- Continuum des services en traumatologie ;
- Programme « Dépendances »
- Présentation du rapport du biochimiste ;
- Élection des membres du CMDP – Année 2011-2012 ;
- Informations de la responsable de l'enseignement ;
- Otoscope digital ;
- Présentation de nouvelles ordonnances collectives ;
- Informations de la responsable du médecin responsable du service d'urgence et des soins intensifs ;
- Proposition d'amendements aux règlements de régie interne du CMDP ;
- Anesthésiologie vs Clinique de la douleur ;
- Cotisation annuelle du CMDP ;
- Module spécifique pour le matériel de réanimation pédiatrique ;
- Transfert de patients à l'Enfant-Jésus/Accès aux images radiologiques pour le centre receveur ;
- Couverture des services radiologiques – Fêtes 2011 ;
- Mesures de prévention des infections ;
- IVG ;
- Présence de l'AE0 sociale la fin de semaine ;
- Infirmière-pivot en maladie chronique ;
- Formation sur le processus d'examen des plaintes ;
- Demande de prélèvement stat à partir du bureau ;
- Prescription séquentielle pour la prévention et le traitement de la constipation aiguë en soins à domicile ;
- Situation ERV ;
- Critères d'utilisation de traitement antibiotique sur pompe à domicile ;
- Clients de l'unité fermée au 3e étage de la RMA0 ;

- Dépannage en obstétrique ;
- Transport ambulancier ;
- Échange avec le médecin conseil au Service santé ;
- Angioscan ;
- Octaplex ;
- Continuum de services pour la clientèle AVC ;
- Critères pour la demande de dossiers antérieurs ;
- Implantation du suivi systématique – Maladie chronique ;

6.3.2.10 Les activités d'enseignement

Stage d'externat junior en médecine familiale

Objectifs : À la fin de son stage, l'externe devra avoir été exposé au suivi des diverses clientèles de la médecine familiale de même qu'à leurs problématiques courantes en fonction des différents lieux de pratique (bureau, urgence, hospitalisation, etc.)

Durée : 6 semaines

Nombre d'externes reçus : 4

Stage de résidence en médecine familiale

Objectifs : En plus de découvrir la pratique médicale en région, à la fin de son stage, le résident devra avoir développé son sens clinique en fonction des ressources humaines et matérielles disponibles en centre primaire, avoir parfait son intégration et sa maturation professionnelle, avoir connu et géré les différents problèmes médicaux , psychosociaux et familiaux propres à la région et les services paramédicaux offerts en support au suivi de patients par les omnipraticiens, avoir évalué la pertinence, les indications et les contre-indications du transfert d'un patient, avoir stabilisé et organisé le patient pour procéder à son transfert, avoir été exposé aux tâches médico-administratives qui incombent aux médecins en pratique dans l'établissement.

Durée : 8 semaines

Nombre de résidents reçus : 5

Stage d'été en médecine

Objectifs : À la fin de son stage, le stagiaire devra idéalement être exposé au suivi des diverses clientèles de la médecine familiale de même qu'à leurs problématiques courantes en fonction des différents lieux de pratique (bureau, urgence, hospitalisation, chirurgie générale, etc.). À la lumière de son expérience de stage, d'évaluer ses propres intérêts et aptitudes pour une pratique ultérieure en médecine familiale.

Durée : Variant de 4 à 8 semaines (période estivale)

Nombre de stagiaires reçus : 3

Stage de résidence en médecine d'urgence spécialisée :

Objectif: Exposer le résident à des unités d'urgence offrant des niveaux de soins différents de ceux rencontrés dans les centres universitaires urbains afin de connaître les possibilités et les limites de ces milieux, en vue, entre autres, comme médecin spécialiste en médecine d'urgence de tenir le rôle de consultant et/ou d'offrir un support régional.

Durée : Variant de 4 à 8 semaines (période estivale)

Nombre de résident reçu : 1

6.4 Conseil multidisciplinaire

6.4.1 Liste des membres au 31 mars 2012

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	
Alexis D'Aoust-Tremblay	Président
Lisa Boulianne	Secrétaire
Marcelle-Ange Madore	Membre
Carole-Anne Gonthier	Membre
Christine Boucher	Membre
Karen Smith	Membre
Julie Ruel	Membre
Alain Paquet	Membre d'office (Directeur général)

6.4.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Lors de la seconde assemblée générale annuelle le 16 juin 2011, les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire en élection ont été réélus par l'assemblée générale.

L'exécutif nommé à ce moment était donc composé de :

Karen Smith, ergothérapeute ;
Patrick Legoupil, physiothérapeute ;
Christine Boucher, psychoéducatrice ;
Julie Ruel, technologiste médicale ;
Lisa Boulianne agente de relations humaines ;
Alexis D'Aoust-Tremblay, organisateur communautaire ;
Guillaume Côté, nutritionniste.

S'ajoute à ces personnes, M. Alain Paquet, directeur général qui a assisté à toutes les rencontres.

Au cours de l'année, deux personnes ont quitté le conseil multi pour relever un nouveau défi. Premièrement, Patrick Legoupil a quitté le conseil au cours de l'automne 2011 et a été remplacé par Marcelle-Ange Madore. Au cours de l'hiver, Guillaume Côté a, à son tour, quitté le conseil. Il a été remplacé par Carole-Anne Gonthier.

En date du 1er mai 2012, les membres de l'exécutif sont:
Karen Smith, ergothérapeute;
Marcelle-Ange Madore, technologue en imagerie médicale;
Christine Boucher, psychoéducatrice;
Julie Ruel, coordonnatrice technique en biochimie;
Lisa Boulianne travailleuse sociale;
Alexis D'Aoust-Tremblay, organisateur communautaire;

Carole-Anne Gonthier, nutritionniste
Alain Paquet, directeur général nommé d'office.
Les officiers du conseil multidisciplinaire ont été pour l'année terminée le 31 mars 2012 :

Alexis D'Aoust-Tremblay, président ;
Patrick Legoupil, vice-président remplacé à la vice-présidence lors de son départ par Lisa Boulianne ;
Karen Smith, secrétaire.

Le comité a poursuivi toute l'année les habitudes créées depuis son retour en place. La mise à jour du dossier informatique a été faite en collaboration avec le secrétariat de la direction générale. Les discussions lors des rencontres ont été franches et soutenues. Les rencontres sont toujours les premiers mercredis de chaque mois de 11h30 à 13h30. En tout, le comité s'est rencontré 10 fois en 2011-2012, même nombre de rencontres que l'an passé.

Principaux dossiers travaillés en 2011-2012

- Avis sur les diverses politiques et procédures du CSSS
- Avis sur la politique de stages du CSSS
- Avis sur les recommandations du conseil multidisciplinaire au comité paritaire de santé et de sécurité au travail qui a pris la relève du comité de sécurité
- Avis sur le plan de gestion des locaux
- Suivi des demandes et des avis transmis à la direction générale en collaboration avec celle-ci
- Recherche de candidatures et nomination de Frédéric Lépine-Pauzé comme représentant du conseil multidisciplinaire au conseil d'administration du CSSS
- Avis sur l'entente relative aux banques de temps
- Discussion sur l'accueil des nouveaux employé(e)s et des stagiaires
- Préparer l'assemblée générale annuelle
- Discussion et information sur les divers dossiers de l'organisation: travaux, planification budgétaire, ERV, optimisation des services alimentaires, modèle émergent, etc.

Le comité du projet Garderie a également terminé ses travaux. Nous tenons à remercier et à féliciter Mesdames Lisa Boulianne, Caroline Chrétien, Jenny Blanchette, Lissia Dumont et Karine Labonté ainsi que Monsieur René Lamarre pour leur investissement respectif et tout le travail accompli. Après analyse du comité, il n'y aura pas à court de terme de projet de garderie au CSSS. Le document faisant état du bilan de ce projet est disponible dans le répertoire informatique du conseil multidisciplinaire, pour consultation et suivis si les membres veulent le consulter.

Les avis et recommandations sont aussi disponibles pour consultation au besoin sur le réseau informatique.

Avec ce travail nous pouvons affirmer que le plan d'action que nous avions présenté à l'AGA de l'an dernier a été en grande partie réalisé. Les quelques points qui n'avaient pas été finalisé l'ont été depuis le 31 mars dernier.

Plan d'action 2012-2013

- Poursuivre les avis sur les dossiers importants pour l'organisation
- Promouvoir la mise en place de comité de pairs et de travail
- Promouvoir auprès de la direction et des instances la consultation du conseil multidisciplinaire sur leurs projets
- Poursuivre le suivi des avis émis et la collaboration avec la direction
- S'assurer du suivi des recommandations du conseil multidisciplinaire
- Relancer les activités du comité de recrutement.

6.5 Comité de vigilance et de la qualité

6.5.1 Liste des membres au 31 mars 2012

Comité de vigilance et de la qualité	
Jean-Claude Leclerc	Président
Claude Pérusse	Membre
Normande Lafrance	Membre
Suzanne Bérubé	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Alain Paquet	Membre d'office (Directeur général)

Les membres du comité de vigilance se sont réunis quatre (4) fois au cours de l'année 2011-2012. Les principaux sujets qui ont été traités :

- analyse périodique du rapport du commissaire aux plaintes et du médecin examinateur et suivi des recommandations au conseil d'administration ;
- le registre national des accidents et incidents ;
- prolongation du contrat du commissaire local aux plaintes et à la qualité.

6.5.2 Faits saillants issus du rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE, D'ASSISTANCE ET D'INTERVENTION 2011-2012

Le tableau qui suit représente le nombre de plaintes reçues et conclues par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur. Il rend aussi compte des activités d'assistance et d'intervention. Il s'agit de données brutes qui se veulent une vue d'ensemble. Au total, 16 dossiers ont été traités par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et 7 par le médecin examinateur.

Parmi les dossiers de plainte traités par la commissaire et le médecin examinateur aucun dossier n'a été transmis en deuxième instance. Également aucune demande n'a été transmise au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour formation d'un Comité disciplinaire.

PLAINTES									
PLAINTES		ASSISTANCES		INTERVENTIONS		CONSULTATIONS		TOTAL	
2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012
26	16	8	9	7	1	N/A	N/A	42	33

PLAINTES MÉDICALES	
2010-2011	2011-2012
3	7

DEMANDES					
PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		COMITÉ DISCIPLINAIRE	
2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012	2010-2011	2011-2012
1	0	0	0	0	0

Pour l'année 2011-2012, le nombre de dossiers de plainte a connu une diminution dans son ensemble. Le nombre de demandes d'assistance est demeuré semblable alors que le nombre d'interventions a diminué. Les demandes d'assistance proviennent d'usagers ou de leur représentant qui éprouvent des insatisfactions à l'égard des soins et services qu'ils ont reçus ou désirent de l'information sur leurs droits, une procédure ou encore valider une information obtenue. L'issue d'une demande d'assistance va de la clarification d'une situation à l'obtention d'un soin ou d'un service.

Quant aux demandes d'intervention, celles-ci proviennent également d'usagers ou de leur représentant qui veulent rapporter une situation ou encore solliciter l'aide de la commissaire locale aux plaintes pour obtenir des soins ou services mais que ne veulent pas déposer une plainte.

Les demandes d'assistance et d'intervention requièrent quelquefois autant de temps que l'analyse d'un dossier de plainte et demandent autant de connaissance des mécanismes de prestation de services et des droits des usagers que les dossiers de plaintes. Tout comme les dossiers de plainte, les demandes d'assistance peuvent être l'occasion d'améliorer les soins et les services dispensés à la clientèle.

Délai de traitement des dossiers de plainte

Cette année, le délai moyen pour le traitement d'un dossier de plainte est de 24 jours.

Motifs de plainte et niveau de traitement

Motifs de plainte	2010-2011	2011-2012	Niveau de traitement des motifs de plainte		
Accessibilité	6	7		2010-2011	2011-2012
Soins et services dispensés	17	7	Rejeté sur examen sommaire ou traitement interrompu ou abandonné	0	1
Relations interpersonnelles	15	6			
Organisation du milieu et ressources matérielles	7	1	Recommandations visant l'amélioration de la qualité des services	11	8
Aspect financier	4	3			
Droits particuliers	0	3			
Autres	0	0			

6.5.2.1 Motifs de plaintes

Accessibilité : le nombre d'insatisfactions à l'égard de l'accessibilité a connu une augmentation au cours de la dernière année. Cependant, il est difficile d'établir un lien de cause à effet étant donné que ces insatisfactions proviennent de différents secteurs.

Soins et services dispensés : les insatisfactions portant sur les soins et services dispensés ont nettement diminuées par rapport à l'année précédente, ce qui démontre une amélioration de la qualité des soins dispensés au cours de l'année. Ceci est attribuable entre autres aux formations offertes aux employés et à la rigueur et l'encadrement dont ont fait preuve les gestionnaires.

Relations interpersonnelles : on observe une nette diminution du nombre de plaintes portant sur les relations interpersonnelles. La promotion du Code d'éthique demeure un outil indispensable pour rappeler aux intervenants l'importance de l'humanisation des soins qu'ils dispensent.

Organisation du milieu et ressources matérielles : on note une importante diminution de ce motif de plainte par rapport à l'année précédente. La fermeture d'une ressource intermédiaire au cours de l'année précédente a permis de diminuer le nombre d'insatisfaction.

Aspect financier : le nombre de plaintes pour ce motif est sensiblement le même que l'an passé. Les plaintes portent principalement sur l'application de la politique régionale de déplacement des usagers.

Droits particuliers : les plaintes en lien avec ce motif sont reliées principalement au choix de l'établissement.

6.5.2.2 Recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2011-2012, huit recommandations ont été émises et à ce jour 88 % d'entre elles ont été actualisées.

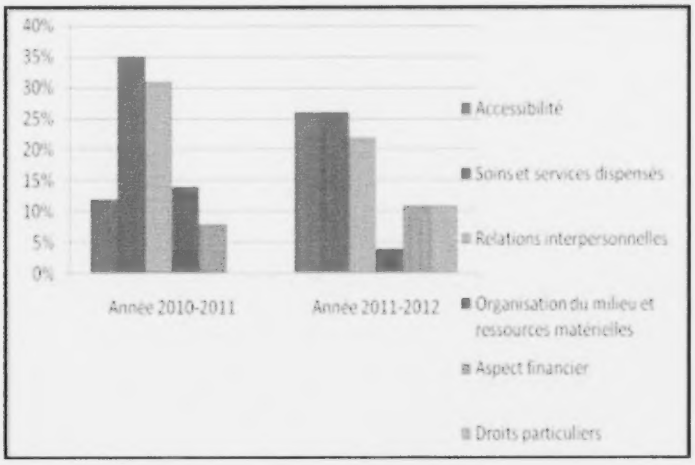
- Rappel sur l'application du Code d'éthique des intervenants auprès du personnel de l'urgence, des services administratifs et d'accueil ;
- Mise en place d'une procédure pour la clientèle âgée vulnérable à l'urgence afin de s'assurer que les demandes à l'AEO soient traitées en priorité ;
- Lettre de rappels des responsabilités inhérentes aux préposés aux bénéficiaires à la RMAO ;
- Lettre à une employée de la part du gestionnaire afin de lui signifier ses attentes quant à ses responsabilités en lien avec la plainte ;
- Analyse des listes d'attente en orthophonie et mesures prises afin d'offrir le service d'orthophonie à la clientèle 0-5 ans ;

- Prise en charge des coûts relatifs aux besoins de suivi en orthophonie d'un enfant pour une durée de 6 mois ;

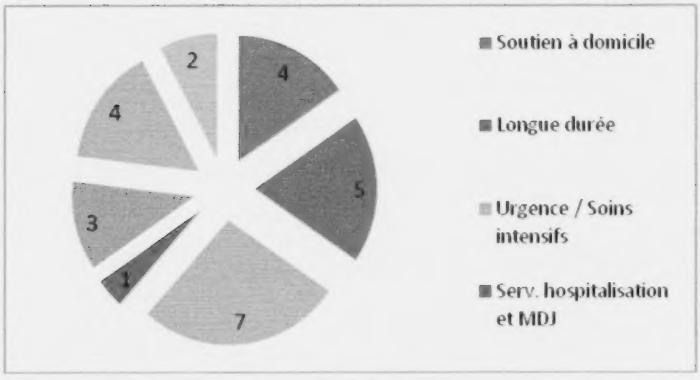
- Évaluer la possibilité d'instaurer un processus de relance des patients qui ont consulté à l'urgence et dont l'état requiert un suivi ;

- Audit de 10 dossiers de triage en janvier et avril 2012 pour une infirmière de l'urgence avec évaluation de la qualité de ceux-ci ;

COMPARAISON DES MOTIFS DE PLAINTE – ANNÉE 2010-2011 ET ANNÉE 2011-2012



PLAINTES PAR SERVICES



6.6 Comité des usagers et comité des résidents

6.6.1 Liste des membres au 31 mars 2012

Comité des usagers	
Georgette Anctil	Vice-présidente
Huguette Bouillon	Secrétaire-trésorier
Normande Lafrance	Présidente
Mario Landry	Administrateur
Jacques Lemieux	Représentant du comité des résidents
Bertrand Martel	Administrateur
Jean-Claude Leclerc	Administrateur

Comité des résidents	
Ghislain Dallaire	Administrateur
Vivianne Couturier	Administratrice
Jean-Marc Joubert	Conseiller
Jacques Lemieux	Président et membres désigné au comité des usagers
Francine Ouellet	Secrétaire-trésorière
Marguerite St-Laurent	Administratrice
Odet Tremblay	Administratrice

Un total de 9 réunions ont été tenues.

6.6.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Sujets traités lors de la rencontre d'avril 2011 - Tenue de l'assemblée générale annuelle

- Présentation du rapport d'activités 2010-2011 ;
- Poursuite des rencontres conjointes des comités des usagers et des résidents ;
- Suivi des demandes des membres à l'assemblée générale annuelle ;
- Élection de M. Bertrand martel au sein du comité des usagers ;
- Désignation de l'exécutif du comité des usagers et du comité des résidents ;

Sujets traités lors de la rencontre de mai 2011

- Suivi des travaux à la RMAO et des impacts sur la clientèle ;
- Recommandation à la direction générale du CSSS de La Matapédia sur l'arrêt du tabac à la RMAO ;

- Recommandations sur la vaccination dans les petites municipalités ;
- Modifications au formulaire du mini-sondage ;

Sujets traités lors de la rencontre de juin 2011

- Achat d'équipement ;
- Présentation du rapport annuel des comités des usagers et des résidents au conseil d'administration du CSSS de La Matapédia ;
- Poursuite du suivi des mini-sondages ;

Sujets traités lors de la rencontre de septembre 2011

- Avis à la direction générale sur une demande de support pour les bénévoles de la RMAO ;
- Début des discussions pour l'embauche d'une ressource pour les comités ;
- Poursuite du suivi des mini-sondages ;
- Participation à la Journée régionale des comités des usagers du Bas-St-Laurent ;

Sujets traités lors de la rencontre d'octobre 2011

- Nomination de M. Jean-Claude Leclerc à titre d'administrateur au sein du comité des usagers ;
- Nomination de Mme Normande Lafrance et M. Jean-Claude Leclerc comme représentants des usagers au conseil d'administration du CSSS de La Matapédia ;

Sujets traités lors de la rencontre de novembre 2011

- Suivi de la vaccination dans les petites municipalités ;
- Acceptation du modèle d'une carte de vœux pour les résidents ;
- Achat de nouvelles boîtes pour les mini-sondages ;
- Avis à la direction générale pour supporter les bénévoles musiciens au Centre de jour ;

Sujets traités lors de la rencontre de décembre 2011

- Distribution de cartes de vœux à tous les résidents des ressources pour les personnes âgées de La Matapédia ;
- Poursuite des démarches d'embauche d'une ressource pour les comités ;

Sujets traités lors de la rencontre de janvier 2012

- Nomination de Mme Vivianne Couturier en remplacement de Mme Fernande Hudon au sein du comité des résidents ;
- Achat d'équipement pour l'unité 3 de la RMAO ;

- Présentation de Mme Claudie Deschênes sur la vaccination dans les petites municipalités ;

Sujets traités lors de la rencontre de février 2012

- Consultation au niveau du CSSS pour l'achat d'équipement en raison de surplus budgétaire du comité ;
- Offre d'emploi, entrevues et sélection de la ressource des comités ;

Sujets traités lors de la rencontre de mars 2012

- Entrée en fonction de la nouvelle ressource des comités ;
- Présentation de M. Michel Simard sur la situation en CHSLD de La Matapédia ;
- Présentation de M. Alain Paquet sur le suivi du projet d'optimisation des services alimentaires ;
- Présentation de la trousse de confort pour les soins palliatifs ;

Revenus Surplus budgétaires 2011-2012	29 518,53 $ 13 100,00 $
Total des revenus	**42 618,53 $**
Total des dépenses	**36 156,15 $**
Excédent des revenus sur les dépenses au 31 mars 2012	**6 462,38 $**

Pour l'année 2012-2013, les comités des usagers et des résidents prévoient réaliser les objectifs suivants :

- Poursuivre les réunions mensuelles des deux comités de façon simultanée ;
- Augmenter la visibilité des comités auprès de la population ;
- Assurer une présence continue au bureau du comité ;
- Poursuivre les efforts et les actions concrètes afin de bien représenter les intérêts des usagers du CSSS de La Matapédia et des résidents de la RMAO ;
- Maintenir les collaborations et les relations de travail avec les représentants du CSSS de La Matapédia.

6.7 Comité de gestion des risques

6.7.1 Liste des membres au 31 mars 2012

Comité de gestion des risques	
Annie Guimond	Représentant du conseil multidisciplinaire
Linda Poirier	Représentante du CECII
Mylène Guénard	Infirmière en prévention des infections
Dre Isabelle Brochu	Représentante du CMDP
Gino Beaudoin	Directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
Jean-Claude Leclerc	Représentant des usagers
Bertin Lévesque	Directeur des soins infirmiers
Alain Paquet	Directeur général

6.7.2 Principaux risques d'incidents/accidents

Au cours de la dernière année, nous avons observé quant aux types de déclarations:

- Nous avons une hausse de 21% d'incidents-accidents au cours de la dernière année pour atteindre 1365 événements indésirables ;
- Les événements reliés aux chutes et aux erreurs de médicaments sont les principales causes des incidents et accidents (79%) ;
- Les erreurs de médicaments sont en hausse de 52% comparativement à l'année précédente, tandis que les chutes sont en hausse de 9% ;
- Nous n'avons eu aucun accident avec conséquence permanente. Les incidents représentent 14 % des déclarations et les gravités sans conséquence «A» à «D» représentent 93% des incidents-accidents.

Les tableaux qui suivent présentes les données en 2011-2012 au CSSS de La Matapédia comparativement aux années 2009-2010 et 2010-2011 concernant les types d'évènements et les types de gravité.

Type d'événement	2009- 2010		2010-2011		2011-2012	
	Fréquence	Variation Année préc.	Fréquence	Variation Année préc.	Fréquence	Variation Année préc.
Autre	55	31%	133	142%	145	9%
Chute	408	21%	497	22%	544	9%
Diète	1	0%	5	400%	4	-20%
Effet personnel	1	-67%	2	100%	2	0%
Équipement	5	-17%	4	-20%	4	0%
Lié à l'usager	8	-20%	22	175%	16	-27%
Matériel	7	-13%	13	86%	12	-8%
Médicament	299	-6%	351	17%	534	52%
Possibilité d'abus	20	186%	36	80%	36	0%
Test diagnostique	41	-13%	40	-2%	44	10%
Traitement	31	-18%	15	-52%	24	60%
Non-déterminé	20	18%	11	-45%	0	-100%
Total	**896**	**8%**	**1129**	**26%**	**1 365**	**21%**

Type de Gravité	2009- 2010		2010-2011		2011-2012	
	Fréquence	Variation année pré.	Fréquence	Variation année pré.	Fréquence	Variation année pré.
A	84	-21%	125	49%	31	-75%
B	49	-26%	21	-57%	**158**	**652%**
C	596	30%	820	38%	874	7%
D	104	-12%	85	-18%	**205**	**141%**
E1	34	-33%	48	41%	56	17%
E2	15	15%	12	-20%	11	-8%
F	5	400%	3	-40%	**3**	0%
G	0	0%	0	0%	**0**	0%
H	0	0%	0	0%	**0**	0%
I	1	100%	2	100%	**0**	-100%
ND	8	-93%	13	63%	27	108%
Total	**896**	**8%**	**1129**	**26%**	**1365**	**21%**

Vous référez à la page suivante pour la définition de l'échelle de gravité.

INDICE DE GRAVITÉ
INCIDENT
A – Circonstances ou événements qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risque)
B – Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle)
ACCIDENT
C – Erreur (incluant omission) atteint la personne mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle
D – Personne atteint, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquence/intervention requise pour prévenir les conséquences.
E1 – Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non-spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation
E2 – Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation
F - Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation
G – Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne
H – Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie
I – Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne
NON DÉTERMINÉ

6.7.3 Principales activités du comité gestion des risques en 2011-2012

- Évènements sentinelles :
  - Analyse du risque de fugue au CHSLD
  - Analyse des risques lors de pénurie d'eau au CSSS
  - Analyse d'une chute à l'unité regroupée du CH avec un potentiel de conséquence grave
  - L'utilisation des timbres de Nitro-Dur

- Analyse prospective :
  - Les analyses post-chutes au CSSS

- Différentes actions :
  - Une procédure est mise en place pour une double vérification lors de la préparation de narcotiques
  - Obligation d'initialiser les étiquettes sur les spécimens de laboratoires afin de diminuer les erreurs d'identification
  - Installation de «tags» de couleur sur les sacs de matérielles souillés afin d'identifier la provenance et ainsi intervenir lors d'événements indésirables
  - Identification des incidents-accidents concernant les usagers discutés en rencontre d'équipe interdisciplinaire dans le but de mettre les mesures de prévention en place

- Un comité de travail a été mis en place au CHSLD afin d'améliorer le processus de la distribution de médicament afin de diminuer les risques d'erreur
- Une formation a été faite auprès des chefs de service en lien avec les lignes directrices du MSSS afin d'améliorer et d'uniformiser les informations inscrites sur les formulaires AH-223. Cette uniformisation va permettre l'amélioration des analyses statistiques

- Nous avons collaboré avec l'ASSS du Bas St-Laurent pour la diffusion du premier rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec du MSSS :

  - Rencontre avec les médias locaux pour partager les résultats de notre CSSS
  - Mise en place de moyens pour s'assurer de la conformité des résultats à la fin de l'année financière

- Des activités ont été mises sur pied afin de souligner la semaine thématique de la gestion des risques et de la qualité :

  - Activité sur la gestion des risques
  - Activités sur la prévention des chutes
  - Activités sur le formulaire AH-223
  - Activités sur la sécurité civile et les mesures d'urgence
  - Activité sur la prévention des infections

6.7.4 Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique

Un tableau de bord est préparé mensuellement sur l'état de situation des infections nosocomiales dans l'établissement et est présenté au conseil d'administration de même qu'au comité de gestion des risques.

Le portrait de situation sur les types d'infections sous surveillance révèle ce qui suit, pour les deux dernières années de référence :

Type d'infection nosocomiale		2011-2012	2010-2011
Bactériémies à staphylococcus aureus		0 cas	0 cas
ERV		27 cas	0 cas
C Difficile	Catégorie I	17 cas	16 cas
	Catégorie IIA	6 cas	3 cas
	Catégorie IIB	3 cas	1 cas
	Catégorie III	2 cas	3 cas
	Catégorie IV	0 cas	1 cas
	Récidive	15 cas	11 cas
SARM	Catégorie 1	15 cas	19 cas
	Catégorie 2A	5 cas	8 cas
	Catégorie 2B	4 cas	3 cas
	Catégorie 2C	5 cas	4 cas
	Catégorie 3	10 cas	2 cas
	Catégorie 4	1 cas	0 cas

Catégorie **1:** cas relié à l'installation déclarante

Catégorie **2:** Cas d'origine nosocomiale non relié à l'instllation déclarante ; peut être

2A: Cas d'origine nosocomiale relié à un séjour dans une autre installation

2B: Cas d'origine nosocomiale relié aux soins de longue durée/ psychiatrique/ réadaptation/ UNN du CSSS de l'insatallation déclarante.

2C: rélié au soins ambulatoire de l'installation déclarante

Catégorie **3:** Cas d'origine non nosocomiale

Catégorie **4:** Cas d'origine inconnue

Un comité de prévention des infections supporte les orientations à suivre en matière de surveillance, de prévention, de dépistage et de reddition. La composition du comité pour 2011-2012 était la suivante :

Comité de prévention des infections	
Jean Martin	Médecin
Harold Bernatchez	Médecin consultant
Linda Poirier	Conseillère clinique en soins infirmiers
Henriette Thériault	Conseillère clinique en soins infirmiers
Mylène Guénard	Infirmière en prévention des infections
Denis Fournier	Chef des services techniques et des installations
Linda Gagnon	Assistante chef au laboratoire
Bertin Lévesque	Directeur des soins infirmiers

Des interventions en prévention des infections sont faites de manière permanente dans notre établissement.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS D'OPÉRATION

7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS D'OPÉRATION

7.1 État des résultats du fonds d'exploitation – exercice terminé le 31 mars 2012

Fonds d'exploitation

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Activités principales 1	Activités accessoires 2	Total (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4	
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362) 01	37,090,113		37,090,113	33,153,464	❶
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291) 02					
Contributions des usagers (P301) 03	2,035,341	xxxx	2,035,341	1,871,120	❷
Ventes de services et recouvrements (P320) 04	370,804	xxxx	370,804	590,443	❸
Donations (C1:P290/C2:P291) 05				0	
Revenus de placement (P302) 06	14,613		14,613	0	
Revenus de type commercial (P351) 07	xxxx	162,178	162,178	172,183	
Gain sur disposition (P302) 08				0	
..... 09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
..... 10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
Autres revenus (P302) 11	208,817	169,391	378,208	305,416	❹
TOTAL (L.01 à L.11) 12	39,719,688	331,569	40,051,257	36,092,626	
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et					
charges sociales (C1:P320/C2:P351) 13	26,640,329	145,485	26,785,814	24,609,505	
Médicaments (P333) 14	1,206,477	xxxx	1,206,477	1,200,797	❺
Produits sanguins 15	540,175	xxxx	540,175	480,330	
Fournitures médicales et chirurgicales (P340) 16	944,932	xxxx	944,932	933,561	❻
Denrées alimentaires 17	333,566	xxxx	333,566	318,642	
Rétributions versées aux ressources					
non institutionnelles (P650) 18	1,793,749	xxxx	1,793,749		
Frais financiers (P325) 19		xxxx		0	
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7800) 20	282,446		282,446	290,042	
Créances douteuses (C1:P301) 21	5,258		5,258	5,276	
..... 22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
..... 23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
Autres charges (P325) 24	6,209,489	126,796	6,336,285	7,759,333	❼
TOTAL (L.13 à L.24) 25	37,956,421	272,281	38,228,702	35,597,486	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25) 26	1,763,267	59,288	1,822,555	495,140	

SOURCE : Page 358 du rapport financier annuel AS-471

7.2 État des résultats tous les fonds – exercice terminé le 31 mars 2012

Tous les fonds

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Exploitation	Immobilisations	Total	
	Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)....01	37,090,113	1,102,982	38,193,095	34,297,153
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)....02				
Contributions des usagers....03	2,035,341	xxxx	2,035,341	1,871,120
Ventes de services et recouvrements....04	370,804	xxxx	370,804	590,443
Donations (FI:P294)....05		79,501	79,501	73,478
Revenus de placement (FI:P302)....06	14,613		14,613	217
Revenus de type commercial....07	162,178	xxxx	162,178	172,183
Gain sur disposition (FI:P302)....08				9,088
....09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
....10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302)....11	378,208	1,101	379,309	877,167
TOTAL (L.01 à L.11)....12	40,051,257	1,183,584	41,234,841	37,890,849
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales....13	26,785,814	xxxx	26,785,814	24,609,505
Médicaments....14	1,206,477	xxxx	1,206,477	1,200,797
Produits sanguins....15	540,175	xxxx	540,175	480,330
Fournitures médicales et chirurgicales....16	944,932	xxxx	944,932	933,561
Denrées alimentaires....17	333,566	xxxx	333,566	318,642
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles....18	1,793,749	xxxx	1,793,749	1,793,816
Frais financiers (FI:P325)....19		443,510	443,510	453,552
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations....20	282,446	52,931	335,377	384,358
Créances douteuses....21	5,258	xxxx	5,258	5,276
....22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422)....23	xxxx	1,242,290	1,242,290	1,249,736
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)...24	xxxx			
....25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
....26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325)....27	6,336,285		6,336,285	5,966,136
TOTAL (L.13 à L.27)....28	38,228,702	1,738,731	39,967,433	37,395,709
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)....29	1,822,555	(555,147)	1,267,408	495,140

SOURCE : Page 200 du rapport financier annuel AS-471

7.3 État des surplus (déficits) cumulés tous les fonds
exercice terminé le 31 mars 2012

Tous les fonds

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation	Immobili.	Ex. courant	Ex. précédent
	Ex. courant	Ex. courant	(C1 + C2)	
	1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....01	86,727	121,125	207,852	(1,427,539)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)...Paiement du déficit accumulé au 03	305,612		305,612	1,749,215
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03).....04	392,339	121,125	513,464	321,676
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....05	1,822,555	(555,147)	1,267,408	495,140
Autres variations:				
Transferts interétablissements (préciser).....06				
Transferts interfonds (préciser)... Immo.....07	(2,061,297)	2,061,297	0	(303,352)
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....08		xxxx		
.....09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Total des autres variations (L.06 à L.09).....10	(2,061,297)	2,061,297	0	(303,352)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10) 11	153,597	1,627,275	1,780,872	513,464
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe.....12	xxxx	xxxx		
Affectations d'origine interne.....13	xxxx	xxxx	151,870	305,612
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13).....14	xxxx	xxxx	1,629,002	207,852
Total (L.12 à L.14).....15	xxxx	xxxx	1,780,872	513,464

SOURCE : Page 202 du rapport financier annuel AS-471

NOTES COMPLÉMENTAIRES

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	31 MARS 2012	31 MARS 2011
1	REVENUS DE LA R.R.S.S.S.-01	Page 300		
	➡ Budget net	L. 19 C. 2	34 308 392	32 142 655
	➡ Rectificatif des revenus	L. 20 C. 2	(19 981)	(207 160)
	➡ Rectificatifs des charges	L. 21 C. 2	15 630	7 954
	➡ Produits sanguins (SIT)	L. 22 C. 2	605 479	567 091
	➡ Augmentation du financement	L. 24 C. 2	1 606 342	1 066 036
		L. 25 C. 2	574 251	(423 112)
	➡ Variation des revenus reportés	L. 26 C.2	37 090 113	33 153 464
2	CONTRIBUTION DES USAGERS	Page 301		
	➡ Suppléments de chambre	L. 19 C. 3	60 932	74 735
	➡ Autres responsabilités	L. 22 C. 3	186 955	139 098
	➡ Adultes hébergés - RMAO	L. 24 et 28 C. 3	1 121 228	1 025 940
	- RESS. INTERM.	L. 25 C. 3	660 968	626 071
		Page 200 L.3 C.1	2 030 083	1 865 844
	➡ Créances douteuses	Page 301 L31 C4	5 258	5 276
			2 035 341	1 871 120
3	VENTES DE SERVICES ET RECOUVREMENTS	Page 320		
	• Ventes de services			
	➡ Alimentation	c/a 7550 L. 18 C. 4	126 792	130 717
	• Recouvrements			
	➡ Recouvrements des centres d'activités	L. 19 C. 4	244 012	459 726
			370 804	590 443

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	ACTIVITÉS PRINCIPALES	ACTIVITÉS ACCESSOIRES
4	AUTRES REVENUS (Aucun comparatif avec l'exercice précédent)	Page 302		
	➡ Financement public - parapublic	L. 4 C. 2		169 391
		L. 25 C. 1	6 304	
	➡ Revenus des stages d'enseignement	L. 8 C. 1	5 830	
		L. 10 C. 1	17 847	
	➡ Location d'espace	L. 16 C. 1	178 836	
	➡ Escomptes de caisse		208 817	169 391
	➡ Autres			

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	ACTIVITÉS PRINCIPALES	EXERCICE PRÉCÉDENT
5	MÉDICAMENTS	Page 333		
	➡ Usagers externes	L. 29 C. 1	641 323	630 390
	➡ Usagers hospitalisés	L. 29 C. 2	346 640	331 307
	➡ Usagers hébergés	L. 29 C. 3	157 835	170 267
	➡ CLSC	L. 29 C. 4	60 679	68 833
			1 206 477	1 200 797

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	ACTIVITÉS PRINCIPALES	EXERCICE PRÉCÉDENT
6	FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES	Page 340		
	➡ Cathéters	L. 23 C. 2	6 467	5 416
	➡ Sutures mécaniques	L. 24 C. 2	24 723	37 110
	➡ Instruments	L. 25 C. 2	28 350	40 459
	➡ Appareil à soluté	L. 26 C. 2	22 915	22 932
	➡ Autres	L. 27 C. 2	862 477	827 644
			944 932	933 561

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	ACTIVITÉS PRINCIPALES	ACTIVITÉS ACCESSOIRES
7	AUTRES CHARGES (Aucun comparatif avec l'exercice précédent)	Page 325		
	➡ Honoraires professionnels	L. 5 C. 1	364 680	
	➡ Publicité et communication	L. 6 C. 1	21 229	
	➡ Frais de déplacement et de représentation	L. 7 C. 1	209 608	
	➡ Loyers	L. 8 C. 1	527 940	
	➡ Autres	L. 9 C. 1	5 086 032	126 796
			6 209 489	126 796

NOTES	DESCRIPTION	PAGE 358 ÉTAT DES RÉSULTATS		FONDS EXPLOITATION	FONDS STATIONNE-MENT	AVOIR PROPRE	SOLDE DE FONDS
	SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**Activité principale**	**Activité accessoire**				
	➡ Surplus d'exercice	1 763 267	59 288	1 822 555			
	➡ En banque (fonds)				305 612	86 727	392 339
8	➡ Transfert interfonds	(1 918 291)		(1 918 291)	(58 006)	(85 000)	(2 061 297)
	SURPLUS (DÉFICIT) NET	(155 024)	59 288	(95 736)	247 606	1 727	153 597
					(95 736)		
					151 870	1 727	153 597
					Affectation d'origine interne Page 202 L. 13 C. 3		Surplus (déficits) cumulés à la fin Page 202 L.11 C. 1

7.4 Rapport du vérificateur, extrait du rapport financier annuel 2011-2012

MALLETTE

Mallette
SENCRL
Comptables agréés

Bureau 101
30, boulevard Saint-Benoît Est
Amqui (Québec) G5J 2B7

Téléphone 418 629-2255
Télécopie 418 629-4692
Courriel info.amqui@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du Centre de Santé
et des Services Sociaux de la Matapédia,

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de l'évolution de la situation financière du fonds d'exploitation ainsi que les états des résultats et des surplus (déficit) cumulés du fonds d'exploitation pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du CSSS de la Matapédia (ci-après « établissement ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2012 *(voir ci-dessous)*. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers utilisés pour la lecture des états financiers audités de l'établissement.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés
La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur
Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Mission visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion
À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables canadiennes du secteur public.

Autre point
Les anomalies que comportent des états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2012. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que l'établissement, comme exigé par le ministère, a dérogé aux normes comptables canadienne pour le secteur public pour les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi que pour la comptabilisation des contrats de location d'immeuble conclu entre l'établissement et la Société immobilière de Québec. Notre opinion avec réserve indique, à l'exception des incidences des problèmes décrits, que ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (sa dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette
Mallette
SENCRL

[1]CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A119068

CODE D'ÉTHIQUE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le code d'éthique du CSSS de La M[illegible]apédia a été adopté initialement le 4 juillet 2007 et un rappel de son contenu est fait régulièrement au conseil d'administration.

Au cours de l'exercice 2010-2011, aucun élément particulier n'est à signaler.

Le comportement des administrateurs a été en tout point conforme aux bonnes règles de gouvernance et aux dispositions prévues au code d'éthique des administrateurs.